

Pierre Schulz

Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10

Préface du Professeur Norman Sartorius

.....
collection
.....
Psychopharmacologie
.....
clinique



Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10

Dans la collection **Psychopharmacologie clinique**

P. Schulz, Psychiatrie et neurosciences. Vol. I

P. Schulz, Traitements biologiques en psychiatrie. Vol. II

Pierre Schulz

Préface du professeur Norman Sartorius

Traitements des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10

collection **Psychopharmacologie clinique**

Volume III

Avertissement

Ce texte apporte une sélection de connaissances en psychiatrie d'orientation biologique, en pharmacologie et en neurosciences. Il n'engage ni la responsabilité légale de l'auteur, ni celle des experts consultés, ni celle des institutions qui emploient ou ont employé ces personnes. Je rappelle aux lecteurs ayant des préoccupations quant à leur santé que lire un manuel de médecine ne saurait remplacer la consultation médicale.

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur s.a., 2016
Rue des Minimes, 39 B-1000 Bruxelles

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Imprimé en Belgique

Dépôt légal : 2016/13647/175
Bibliothèque nationale, Paris : décembre 2016
ISBN 978-2-8073-0306-5

Préface

C'est un privilège que d'avoir été invité à écrire la préface du troisième volume d'une remarquable collection de livres rédigés par un auteur qui fait autorité dans le domaine de la pharmacologie clinique et qui a une longue expérience des domaines couverts par son travail.

Dans ce volume consacré à la thérapeutique d'orientation biologique en psychiatrie, Pierre Schulz atteste de son expertise au sujet de la structure et du fonctionnement du cerveau (thèmes du volume I), ainsi que des méthodes thérapeutiques (elles-mêmes présentées dans le volume II). Il démontre sa capacité d'appliquer ces connaissances dans le travail clinique, pour le bénéfice des patients. C'est sans doute son expérience du travail clinique qui l'a mené à prévoir un quatrième volume s'adressant aux effets indésirables des médicaments psychotropes et à leurs interactions lors de prescription à des personnes ayant des troubles mentaux et des maladies physiques comorbides, situations fréquentes et qui le deviendront vraisemblablement encore plus.

Les chapitres de ce troisième volume suivent la cinquième révision du *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-5), ainsi que les codes de la *Classification Internationale des Maladies* de l'Organisation Mondiale de la santé (CIM-10). Il est probable que les chapitres sur les troubles psychiatriques de la onzième révision de la CIM, en cours d'évaluation clinique, seront dans une large mesure semblables à l'organisation du DSM-5 et, de ce fait, les lecteurs qui travaillent surtout avec la classification CIM pourront facilement trouver les informations dans ce volume. La description des interventions thérapeutiques lors des différentes catégories de syndromes est précédée d'une discussion d'enjeux généraux pertinents pour la pratique de la psychiatrie – tels que les frontières de la normalité, les influences culturelles sur les symptômes et sur la diversité des approches thérapeutiques. Les citations d'écrivains et de philosophes connus, aussi bien que d'experts en neuroscience, associées à des anecdotes cliniques facilitent la lecture; il en va de même des résumés des points principaux en tête de chaque chapitre. L'auteur a situé le débat au niveau de la complexité dont les cliniciens savent qu'elle caractérise la pratique de la médecine et de la psychiatrie.

Le premier chapitre de la partie introductive à l'ensemble de l'ouvrage – sur le métier de psychiatre – est clair et pragmatique, au point qu'on le souhaiterait plus long; il peut être recommandé comme base de discussion à tout débat ou discussion sur la nature de la psychiatrie et de sa pratique.

Les chapitres portant sur traitement des différents groupes de troubles psychiatriques couvrent les situations du DSM-5, de même que d'autres situations qui ne font pas l'objet d'un consensus international, à savoir les *affections proposées pour des études supplémentaires* dans le DSM-5. Il s'agit notamment du trouble psychotique atténué – dont l'identification et le traitement sont sujets à controverses – la réaction de deuil, de nouvelles formes d'addiction telles que l'addiction à Internet ou encore le comportement suicidaire et les lésions auto-infligées non suicidaires. L'auteur a également inclus le traitement de syndromes et symptômes encore en évaluation comme la fibromyalgie, la fatigue chronique, ainsi que l'agitation ou les troubles sous-syndromiques et une série de situations regroupées sous les codes Z de la Classification Internationale des Maladies (CIM), notamment en rapport aux maltraitances. La prise en compte de ces diverses conditions représente un apport appréciable pour des psychiatres cliniciens amenés à traiter des séries de problèmes qui ne satisfont pas aux critères d'un trouble mental et qui malheureusement ne sont nullement abordés dans la plupart des autres manuels de psychiatrie.

Pour diverses raisons, on peut prévoir une augmentation de la prévalence des troubles mentaux et de la demande de soins. D'abord la probabilité est faible que les chercheurs en sciences trouvent la cause des troubles mentaux et parviennent à développer des programmes de prévention à grande échelle. Ensuite, l'accroissement de la longévité et les changements de l'environnement social et biologique vont contribuer à augmenter le nombre de personnes souffrant d'un trouble mental. Enfin, il est vraisemblable que la demande de soins augmente de façon disproportionnée par rapport à l'augmentation de la prévalence des troubles en raison de la diminution de la tolérance de la population à la maladie et à la souffrance et en raison de la diffusion d'informations sur des traitements innovants (beaucoup sont une aide, mais n'apportent pas la guérison); l'exigence pour toute personne d'atteindre un haut niveau de performance et de compétence au niveau professionnel, familial et personnel alimentera également la demande en soins psychiques. Les prédictions ci-dessus valent autant pour les pays techniquement et économiquement développés que pour des régions moins industrialisées. Il importe de ce fait de définir des stratégies pour répondre à la demande croissante en soins dans un contexte où les ressources financières se réduisent. Une des stratégies les plus populaires proposées depuis quelques décennies est de reporter les soins qu'assurent les psychiatres vers d'autres catégories professionnelles – infirmiers et infirmières, médecins généralistes,

Préface

assistants médicaux – des personnes qui peuvent assurer, après une formation appropriée, la prise en charge d'une série de problèmes et de situations relevant de troubles mentaux. La mission des psychiatres se limiterait alors au diagnostic et au traitement des cas complexes et de ceux ayant résisté aux traitements.

Afin que ce transfert de responsabilités et de compétences soit un succès, il faudra dépasser trois obstacles. Le premier est le fait que le personnel soignant travaillant dans d'autres domaines que la psychiatrie ne prend pas volontiers en charge les patients psychiatriques. Le second porte sur la stigmatisation des troubles mentaux, laquelle doit être dépassée afin que les personnes souffrant de ces troubles demandent une aide médicale. Le troisième obstacle est de trouver les enseignants qui transmettront les connaissances nécessaires et aideront à leur mise en application. Pour devenir enseignants d'autres thérapeutes, les psychiatres doivent pouvoir accéder à une présentation de qualité des connaissances actuelles au sujet du fonctionnement du cerveau et des traitements des troubles mentaux. Les textes rédigés par Pierre Schulz vont dans ce sens, même s'ils représentent avant tout une aide pour les psychiatres et autres professionnels de la santé mentale soutenant et facilitant leur travail et leur mission thérapeutique.

La série des livres proposés par le Professeur Schulz représente une contribution théorique et pratique significative dans le domaine de la psychiatrie. Ils sont fondés sur de solides connaissances scientifiques et une riche expérience clinique. Nous devons être reconnaissants à l'auteur de nous apporter la synthèse de son travail, dans le présent volume et dans les précédents.

Professeur Norman Sartorius, MD, PhD, FRCPsych
Président de *l'Association for the Improvement of Mental Health Programs*

Avant propos

Ce livre est le troisième volume de la collection *Psychopharmacologie Clinique*, sur les thèmes des neurosciences cliniques, de la psychopharmacologie et de la psychiatrie d'orientation biologique. J'ai sélectionné les informations sur la base de leur pertinence par rapport au traitement des troubles mentaux, au rôle des neurosciences en psychiatrie, aux exigences de la formation pré- et postgraduée des médecins et des psychologues. Le métier de psychiatre ou de psychologue clinicien exige un savoir vaste. Des informations se trouvent facilement sur Internet, mais en faire les synthèses reste chronophage ; ces synthèses se trouvent dans ce texte, au sujet de chaque syndrome identifié dans les classifications officielles, ainsi que quelques autres syndromes. Certes, le clinicien devra occasionnellement approfondir ses connaissances et faire des lectures complémentaires pour le diagnostic et le traitement d'un patient donné ; toutefois, ce texte offre une première approche assez complète.

LECTORAT

Ce manuel s'adresse à un lectorat voulant acquérir ou parfaire une formation professionnelle en psychiatrie, en psychologie et en neurosciences cliniques : avant tout les professionnels de la santé travaillant dans les soins ou la recherche. Le public non médical peut y trouver une information étendue et précise, synthétique et rapidement accessible. Le texte vise à épargner aux cliniciens ou aux étudiants de longues recherches et synthèses de la littérature psychiatrique.

THÈMES DU VOLUME III

Ce volume porte sur les troubles psychiatriques définis selon la *Classification Internationale des Maladies* (CIM-10) et le *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (DSM-5). Une *première partie* contient des commentaires sur la pratique clinique de la psychiatrie, avec des chapitres consacrés au métier de la psychiatrie, à la frontière entre norme et pathologie mentale, ainsi qu'à la classification des troubles, leur physiopathologie et traitement.

Le corps du livre est constitué de 22 *parties* qui rendent compte des catégories d'entités cliniques selon le DSM-5, en citant les correspondances avec la CIM-10. J'ai ajouté la description d'entités *proposées pour des études supplémentaires*, car ces entités sont déjà reconnues des cliniciens : syndrome psychotique atténué, épisodes dépressifs avec hypomanie brève, deuil complexe persistant, trouble de l'usage de la caféine, usage pathologique des jeux sur internet, trouble neurocomportemental associé à l'exposition prénatale à l'alcool, conduite suicidaire, lésions auto-infligées non suicidaires. J'ai aussi ajouté à cette liste une série d'entités *non individualisées* ou *non codées*, avec la justification que les cliniciens reconnaissent ces entités comme pertinentes à la pratique : agitation, mythomanie, perceptions et états de conscience modifiés, stimulation sexuelle persistante, état d'épuisement ou *burn-out*, troubles mentaux sous-syndromiques. J'illustre les diagnostics et les traitements par des vignettes cliniques et j'indique les domaines de controverses et ceux pour lesquels on manque d'informations.

OBJECTIFS

J'ai pensé à plusieurs objectifs pour la collection *Psychopharmacologie Clinique*, centrés sur le savoir et le savoir-faire en psychiatrie et en psychologie clinique. J'ai inclus dans ces volumes les connaissances théoriques que j'ai jugées utiles à la pratique, une somme d'informations venant des travaux des dernières décennies. J'ai estimé, avec un optimisme que j'espère raisonnable, qu'une part du savoir-faire en psychiatrie peut se transmettre par l'intermédiaire d'un livre. J'ai rassemblé l'information que le clinicien peut désirer avoir à disposition lorsqu'il s'intéresse aux interfaces entre les neurosciences et la psychiatrie (volume I), pose un diagnostic psychiatrique (ce volume) et prévoit un traitement médicamenteux ou non médicamenteux (ce volume et volume II).

THÈMES DES AUTRES VOLUMES

Le volume I a pour titre *Psychiatrie et Neurosciences* et porte sur l'anatomie et la physiologie des fonctions cérébrales supérieures, ainsi que sur des informations sur la génétique et l'épigénétique, la neuroimagerie et la physiopathologie. Les traitements biologiques en psychiatrie sont décrits en détails dans le volume II en incluant des traitements non médicamenteux. Le volume IV portera sur les effets indésirables ainsi que la description des interactions entre médicaments et entre médicaments et maladies physiques ou psychiatriques.

STRUCTURE DU DOCUMENT

L'ordre de présentation des informations se répète de façon identique dans chaque chapitre, ce qui permet de repérer rapidement les informations. Les illustrations cliniques, construites à partir de données anonymisées, concernent des situations fréquentes ou rares, des cas cliniques allant de simples à inhabituels et résistants au traitement; ce faisant, j'ai suivi le postulat que l'apprentissage se fait autant, peut-être plus, par l'exemple de succès que par la confrontation aux difficultés et aux échecs. La bibliographie est abondante pour certains thèmes, alors que d'autres se trouvent mentionnés avec moins de références; ce choix se justifie par la facilité d'accès aux informations grâce à Internet et au portail *Medline*.

Questions et controverses

Des questions non résolues sont discutées dans chaque chapitre, sous une rubrique de questions et controverses, qui a une valeur didactique, dans la mesure où un champ de connaissances se définit autant par les réponses connues que par les incertitudes. Dans leur pratique, les cliniciens décident des stratégies diagnostiques et thérapeutiques en devant tenir compte de ce manque de connaissances.

Propositions

Chaque chapitre se termine par mes propositions pour le diagnostic, l'information aux patients et le traitement. Ces propositions sont sous une forme résumée, non exhaustive. Il ne s'agit pas de *recommandations pour la pratique clinique*, ou *guidelines*, mais plutôt de remarques générales personnelles, avec une brève bibliographie des recommandations officielles. Ces propositions ne sont qu'indicatives, mais avec l'avantage d'être brèves.

RÉDACTION

Ce travail a été initié en collaboration le Docteur Jean-Paul Macher (†), alors qu'il était médecin chef du secteur VII au *Centre Hospitalier de Rouffach*, département du Haut-Rhin (France) et avait créé l'institution *Formation et Recherche en Neurosciences appliquée à la Psychiatrie* (FORENAP), fermée depuis quelques années. Les thèmes des chapitres ont été discutés avec des cliniciens et des chercheurs à Rouffach et à Genève.

Responsabilité

Pour me dégager d'une responsabilité légale envers les lecteurs qui agiraient sur la base des informations dans ce volume, je cite l'historien genevois Arthur de Claparède (1852-1911) : « *Une publication du genre de celle-ci ne saurait d'ailleurs prétendre à l'infailibilité; aussi l'auteur recevra-t-il avec empressement toutes les communications destinées à rendre cette notice de plus en plus exacte et complète.* » Ou, dans les termes de Pierre Desproges (1939-1988) : « *Dans notre édition d'hier, une légère erreur technique nous a fait imprimer les noms des champignons vénéneux sous les photos des champignons comestibles, et vice versa. Nos lecteurs survivants auront rectifié d'eux-mêmes.* »

REMERCIEMENTS

Je n'aurais pas réalisé ce travail sans la collaboration avec le Docteur Jean-Paul Macher (†), décédé en 2014. Je lui dédie ce volume. Le Professeur Pierre Dayer, alors qu'il était médecin chef du *Service de Pharmacologie et de Toxicologie Cliniques* et directeur médical des *Hôpitaux Universitaires de Genève* a soutenu mon travail hospitalier et m'a accordé sa confiance dans ma direction de l'*Unité de Psychopharmacologie Clinique*, sachant que nous partageons la détermination de favoriser une médecine fondée sur les sciences de base, sur les sciences cliniques, ainsi que sur une application rigoureuse des concepts de la pharmacologie clinique. Je remercie particulièrement Patricia Berney à Genève, ainsi que Fabrice Duval à Rouffach.

J'aimerais, à travers ce travail, attester de ma reconnaissance envers mes maîtres : en pharmacologie clinique, les Professeurs Claude Perrier (†) (Genève, Suisse) et Terrence Blaschke (Stanford, Californie); en médecine interne, le Professeur Alex Muller (†) (Genève, Suisse) et en psychiatrie, le Professeur Lewis Judd (San Diego, Californie).

Des psychologues, médecins, thérapeutes et chercheurs, à Rouffach et à Genève, ont consacré du temps à évoquer avec moi les thèmes qui les passionnent, à commenter mes textes ou à en proposer. J'espère avoir rendu compte de leurs connaissances et de leur expérience dans les multiples domaines de la psychiatrie d'orientation biologique et des neurosciences cliniques. Que ces personnes trouvent ici l'expression de ma reconnaissance.

Patricia Berney, MD, pharmacologue clinique FMH, Unité de Psychopharmacologie Clinique (UPC), Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genève.
Alain Brandt, MD, psychiatre FMH, Genève.
François Crespo, MD, psychiatre FMH, spécialiste en médecine du travail FMH, Genève.
François Curtin, MD, UPC, HUG, Genève.
Marc Antoine Crocq, MD, psychiatre, praticien hospitalier, Centre Hospitalier de Rouffach, Haut-Rhin.
Fabrice Duval, MD, psychiatre, praticien hospitalier, chef des Secteurs 8 et 9, Centre Hospitalier de Rouffach, Haut-Rhin.
Karin Fayolle-Raton, MD, psychiatre FMH, Genève.
Raffaella Filliez-Cohen, PhD, pharmacienne, UPC, HUG, Genève.
Christian Gilles, MD, psychogériatre, praticien hospitalier, Centre Hospitalier de Rouffach, Haut-Rhin.
José Haba Rubio, MD, spécialiste médecine du sommeil, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne.
Souad Hariki, PhD, psychologue, Centre hospitalier de Rouffach, Haut-Rhin, France.
Vincent Hede, MD, psychiatre, UPC, HUG, Genève.
Yann Hodé, MD, psychiatre, praticien hospitalier, Centre Hospitalier de Rouffach, Haut-Rhin.
Mirza Flores-Hugin, psychiatre, UPC, HUG, Genève.
Davor Komplita, MD, psychiatre FMH, Genève.
Ildiko Dao Lamunière, psychologue, Genève.
Pascaline Legendre, MD, psychiatre FMH, UPC, HUG, Genève.
Jean-Michel Macher, MD, urgentiste, Mulhouse.
Magarita Sanchez-Mazas, PhD, psychologie sociale, Université de Genève.
Khaled M'Hiri, MD, psychiatre FMH, UPC, HUG, Genève.
Myriam Noël Winderling, PhD, neuropsychologue, Genève.
Christian Oestreicher, PhD, Département de l'Instruction Publique, Genève.
Jean-Paul Rathgeb, MD, neuropédiatre FMH, Hôpital La Tour, Genève.
Christine Rebourg Roesler, PhD, psychologue, Centre Hospitalier de Rouffach, Haut-Rhin.
James Renard, MD, psychogériatre FMH, Neuchâtel.
Marc Rollini, MD, psychiatre FMH, UPC, HUG, Genève.
Nathalie Scherrer, PhD, psychologue, Genève.
Pierre Sindelar, MD, psychiatre FMH, Genève.
Luc Staner, MD, médecine du sommeil, Centre hospitalier de Rouffach, Haut-Rhin.
Thierry Steimer, PhD, UPC, HUG, Genève.
Rodrigo Tango, MD, tabacologue, UPC, HUG, Genève.
Fabien Trémeau, MD, psychiatre, Centre hospitalier de Rouffach, Haut-Rhin.
Élisabeth Veyriac, MD, pharmacologue, Revue Prescrire, Paris.
Mélanie Vincenz, PhD, psychologue, Fribourg.
François Wider †, PhD, Lucerne.
Myriam Noël-Winderling, PhD, neuropsychologue, Genève.
Roger Zumbrunnen, MD, psychiatre FMH, Genève.

Enfin, j'aimerais dire aux personnes que j'ai rencontrées comme patients combien elles m'ont appris sur l'être humain, sur ses compétences et ses ressources, sur la force des émotions, la valeur des relations humaines et la résilience.

Table des matières

L'ordre des chapitres suit la classification du DSM-5, avec mention des codes CIM-10. J'ai ajouté des chapitres traitant de généralités et de syndromes non inclus dans le DSM-5, par exemple l'obésité, la fibromyalgie ou la mythomanie. Les chapitres qui ne figurent pas dans la table des matières du DSM-5 sont suivis du sigle (+) ci-dessous. Je n'ai pas consacré de chapitres à la catégorie *trouble dû à une autre affection médicale* ni à celle *trouble induit par une substance/un médicament*. Je n'ai pas non plus prévu de chapitre pour la catégorie *autre trouble spécifié* ou pour la catégorie *trouble non spécifié*. Dans chaque chapitre, les références suivies de *** sont d'accès libre sur internet.

Préface.....V

Avant-propos.....VII

Partie 1. Domaines de la psychiatrie

1. Métier de psychiatre (+).....	1
2. Psychiatrie, culture et société (+).....	18
3. Normalité psychique (+).....	31
4. Non normalité psychique (+).....	38
5. Classification et codage (+).....	47
6. Physiopathologie (+).....	61
7. Traitement (+).....	69
8. Observance (+).....	82

Partie 2. Troubles neurodéveloppementaux

9. Remarques générales (+).....	87
10. Handicap intellectuel léger (F70), modéré (F71), sévère (F72), profond (F73).....	90
11. Troubles de la communication (F80.0 à F80.9).....	97
12. Trouble du spectre de l'autisme (F84.0).....	101
13. Déficit de l'attention/hyperactivité chez l'enfant (F90.0 à F90.9).....	117
14. Déficit de l'attention/hyperactivité chez l'adulte (+).....	137
15. Trouble spécifique des apprentissages avec déficit de lecture (F81.0), d'écriture (F81.81) ou de calcul (F81.2).....	149
16. Trouble développemental de la coordination (F82).....	153
17. Syndrome de Gilles de la Tourette (F95.2).....	158

Partie 3. Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

18. Remarques générales (+).....	171
19. Trouble de la personnalité schizotypique (Groupe A) (F21).....	181
20. Trouble délirant (F22).....	187
21. Phases préprodromale et prodromale de la schizophrénie (+).....	194
22. Trouble psychotique bref (F23).....	204
23. Trouble schizophréniforme (F20.81).....	207
24. Schizophrénie (F20.9).....	208
25. Décompensation initiale de la schizophrénie (+).....	227
26. Schizophrénie et symptômes positifs (+).....	232
27. Schizophrénie et symptômes négatifs (+).....	235

28. Schizophrénie et déficits cognitifs (+).....	244
29. Schizophrénie et dépression (+).....	250
30. Prévention des décompensations de la schizophrénie (+).....	254
31. Trouble schizoaffectif de type bipolaire (F25.0) et de type dépressif (F25.1).....	260
32. Catatonie.....	266
33. Schizophrénie résistant au traitement (+).....	270

Partie 4. Troubles bipolaires et apparentés

34. Remarques générales (+).....	281
35. Trouble bipolaire de type I (F31.11 à F31.9).....	296
36. Trouble bipolaire de type II (F31.81).....	305
37. Trouble cyclothymique (F34.0).....	309
38. Manie (+).....	313
39. Dépression bipolaire (+).....	326
40. État mixte (+).....	335
41. Trouble bipolaire à cycles rapides (+).....	342
42. Trouble bipolaire résistant au traitement (+).....	347

Partie 5. Troubles dépressifs

43. Remarques générales (+).....	355
44. Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle (F34.8).....	365
45. Trouble dépressif caractérisé, épisode isolé (F32.0 à F32.9).....	369
46. Trouble dépressif caractérisé sévère, avec caractéristiques psychotiques ou mélancoliques (+).....	395
47. Trouble dépressif caractérisé, épisode récurrent (F33.0 à F33.9).....	403
48. Trouble dépressif persistant (dysthymie) (F34.1).....	409
49. Trouble dysphorique prémenstruel (N94.3).....	417
50. <i>Blues</i> , dépression et psychose du post-partum (+).....	427
51. Dépression atypique (+).....	435
52. Dépression saisonnière (+).....	439
53. Dépression brève récurrente (+).....	447
54. Dépression résistant au traitement (+).....	451

Partie 6. Troubles anxieux

55. Remarques générales (+).....	469
56. Anxiété de séparation (F93.0).....	477
57. Mutisme sélectif (F94).....	482
58. Phobies spécifiques (F40.218 à F40.298).....	486
59. Anxiété sociale (phobie sociale) (F40.10).....	491
60. Trouble panique (F41) et attaque de panique.....	504
61. Agoraphobie (F41).....	515
62. Anxiété généralisée (F41.1).....	519

Partie 7. Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés

63. Remarques générales (+).....	531
---	-----

64. Trouble obsessionnel-compulsif (F42).....	534
65. Obsession d'une dysmorphie corporelle (F45.22).....	552
66. Thésaurisation pathologique ou syllogomanie (F42).....	557
67. Trichotillomanie (F63.2).....	562
68. Dermatillomanie (L98.1).....	565

Partie 8. Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

69. Remarques générales (+).....	569
70. Trouble réactionnel de l'attachement (F94.1).....	577
71. Désinhibition du contact social (F94.2).....	581
72. Trouble stress post-traumatique (F43.10).....	584
73. Trouble stress aigu (F43.0).....	601
74. Trouble de l'adaptation (F43.21 à F43.25).....	607

Partie 9. Troubles dissociatifs

75. Remarques générales (+).....	613
76. Trouble dissociatif de l'identité (F44.81).....	625
77. Amnésie dissociative (F44.0) et fugue dissociative (F44.1).....	630
78. Dépersonnalisation/déréalisation (F48.1).....	634

Partie 10. Troubles à symptomatologie somatique et apparentés

79. Remarques générales (+).....	639
80. Trouble à symptomatologie somatique (F45.1).....	644
81. Crainte excessive d'avoir une maladie (F45.21).....	648
82. Trouble de conversion (F44.4 à F44.7).....	654
83. Facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales (F54).....	658
84. Trouble factice (F68.10).....	663
85. Fibromyalgie (+).....	668
86. Fatigue chronique (+).....	680

Partie 11. Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments

87. Remarques générales (+).....	693
88. Obésité (+).....	697
89. Pica (F98.3 et F50.8).....	708
90. Mérycisme (F98.21).....	710
91. Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments (F50.8).....	713
92. Anorexie mentale (F50.01) (F50.02).....	715
93. Boulimie (<i>bulimia nervosa</i>) (F50.2).....	723
94. Accès hyperphagiques (<i>binge-eating disorder</i>) (F50.8).....	730

Partie 12. Troubles du contrôle sphinctérien

95. Énurésie (F98.0).....	735
96. Encoprésie (F98.1).....	740

Partie 13. Troubles de l'alternance veille-sommeil

97. Remarques générales (+).....	745
98. Insomnies (G47.00).....	752
99. Hypersomnolence (G47.10).....	761
100. Narcolepsie (G47.411, G47.419, G47.429).....	765
101. Apnée/hypopnée obstructive du sommeil (G47.33).....	773
102. Apnée centrale du sommeil (G47.31) (R06.3) (G47.37).....	784
103. Hypoventilation liée au sommeil (G47.34 à G47.36).....	787
104. Troubles de l'alternance veille-sommeil liés au rythme circadien (G47.21 à G47.26).....	791
105. Troubles de l'éveil en sommeil non paradoxal : type somnambulisme (F51.3), type terreur nocturne (F51.4).....	797
106. Cauchemars (F51.5).....	803
107. Trouble du comportement en sommeil paradoxal (G47.52).....	807
108. Syndrome des jambes sans repos (G25.81).....	811
109. Syndrome des mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil (+).....	816

Partie 14. Dysfonctions sexuelles

110. Remarques générales (+).....	819
111. Éjaculation retardée (F52.32).....	839
112. Trouble de l'érection (F52.21).....	841
113. Trouble de l'orgasme chez la femme (F52.31).....	847
114. Trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme (F52.22).....	853
115. Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration (F52.6).....	861
116. Diminution du désir sexuel chez l'homme (F52.0).....	864
117. Éjaculation prématurée (précoce) (F52.4).....	867

Partie 15. Dysphorie de genre

118. Dysphorie de genre chez l'enfant (F64.2), l'adolescent et l'adulte (F64.1).....	871
--	-----

Partie 16. Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites

119. Remarques générales (+).....	879
120. Trouble oppositionnel avec provocation (F91.3).....	883
121. Trouble explosif intermittent (F63.81).....	889
122. Trouble des conduites chez l'enfant (F91.1) et l'adolescent (F91.2).....	895
123. Trouble de la personnalité antisociale (Groupe B) (F60.2).....	902
124. Pyromanie (F63.1).....	910
125. Kleptomanie (F63.3).....	913

Partie 17. Troubles liés à une substance et troubles addictifs

126. Remarques générales sur les toxicomanies (+).....	915
127. Remarques générales sur les drogues (+).....	935
128. Alcool, pharmacologie, intoxication, surdosage (F10.129, F10.229, F10.929).....	944
129. Sevrage d'alcool (F10.232, F10.239).....	950
130. Trouble de l'usage d'alcool (alcoolisme) léger (F10.10), moyen (F10.20), grave (F10.20).....	959

131. Caféine, pharmacologie, intoxication (F15.929), surdosage, sevrage (F15.93).....	972
132. Troubles de l'usage de la caféine (+).....	976
133. Cannabis, pharmacologie, intoxication (F12.129 à F12.929), sevrage (F12.288).....	980
134. Troubles de l'usage de cannabis (cannabisme), léger (F12.10), moyen (F12.20), grave (F12.20).....	988
135. Hallucinogènes, pharmacologie, intoxication (F16.129 à F16.929), sevrage (+).....	995
136. Troubles de l'usage d'hallucinogènes léger (F16.10), moyen (F16.20), grave (F16.20).....	1002
137. Substances inhalées, pharmacologie, intoxication (F18.129 à F18.929), sevrage (+).....	1008
138. Troubles de l'usage de substances inhalées léger (F18.10), moyen (G18.20), grave (F18.20).....	1010
139. Opiacés, pharmacologie, intoxication (F11.129 à F11.922), sevrage (F11.23).....	1014
140. Troubles de l'usage d'opiacés léger (F11.10), moyen (G11.20), grave (F11.20) (F11.10 à F11.99).....	1019
141. Troubles de l'usage de sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques léger (F13.10), moyen (F13.20), grave (F13.20), intoxication (F13.129 à F13.929), sevrage (F13.239, F13.232) à F13.99).....	1027
142. Cocaïne, pharmacologie, intoxication (F14.129 à F14.929), sevrage (F14.23).....	1033
143. Trouble de l'usage de cocaïne (cocaïnomanie) léger (F14.10), moyen (F14.20), grave (F14.20).....	1039
144. Nicotine, pharmacologie, intoxication (+), sevrage (F17.203).....	1047
145. Trouble de l'usage du tabac (tabagisme) léger (Z1 72.0), moyen (F17.200), grave (F17.200).....	1054
146. Ecstasy, pharmacologie, intoxication (+), sevrage (+).....	1070
147. Trouble de l'usage d'ecstasy (+).....	1075
148. Troubles liés à une substance autre (ou inconnue) léger (F19.10), moyen (F19.20), grave (F19.20), intoxication (F19.129 à F19.929), sevrage (F19.239).....	1079
149. Troubles non liés à des substances (addictions comportementales) (+).....	1089
150. Jeu d'argent pathologique (F63.0).....	1097

Partie 18. Troubles neurocognitifs

151. Remarques générales (+).....	1103
152. Vieillesse psychique (+).....	1109
153. Déficit cognitif non démentiel (+).....	1114
154. Trouble neurocognitif majeur (démence) (+).....	1125
155. Signes et symptômes comportementaux et psychologiques des démences (+).....	1141
156. État confusionnel (F05).....	1150
157. Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie d'Alzheimer, majeur probable (G30.9), majeur possible (G31.9), léger (G31.84), avec (F02.81) ou sans (F02.80) perturbation du comportement.....	1154
158. Trouble neurocognitif fronto-temporal majeur ou léger (G31.09, G31.84, F02.80, F02.81).....	1174
159. Trouble neurocognitif majeur ou léger avec corps de Lewy (G31.83, G31.9, G31.84, F02.80, F02.81).....	1179
160. Trouble neurocognitif vasculaire majeur ou léger (G31.9, G31.84, F01.50, F01.51).....	1185
161. Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à une lésion cérébrale traumatique (S06.2X9S, F02.80, F02.81, G31.84).....	1192
162. Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à une infection par le VIH (B20, G31.84, F02.80, F02.81).....	1195
163. Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à une maladie à prions (A81.9, G31.84, F02.80, F02.81).....	1199
164. Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie de Parkinson (G20, G31.9, G31.84, F02.80, F02.81).....	1203
165. Trouble neurocognitif majeur ou léger dû à la maladie de Huntington (G10, G31.84, F02.80, F02.81).....	1210

Partie 19. Troubles de la personnalité

166. Remarques générales (+).....	1215
--	------

Table des matières

167. Trouble de la personnalité paranoïde (Groupe A) (F60.0).....	1231
168. Trouble de la personnalité schizoïde (Groupe A) (F60.1).....	1235
169. Trouble de la personnalité <i>borderline</i> (Groupe B) (F60.3).....	1238
170. Trouble de la personnalité histrionique (Groupe B) (F60.4).....	1254
171. Trouble de la personnalité narcissique (Groupe B) (F60.81).....	1257
172. Trouble de la personnalité évitante (Groupe C) (F60.6).....	1261
173. Trouble de la personnalité dépendante (Groupe C) (F60.7).....	1265
174. Trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive (Groupe C) (F60.5).....	1268

Partie 20. Troubles paraphiliques

175. Remarques générales (+).....	1273
176. Trouble voyeurisme (F65.3).....	1281
177. Trouble exhibitionnisme (F65.2).....	1284
178. Trouble frotteurisme (F65.81).....	1287
179. Trouble masochisme sexuel (F65.51).....	1289
180. Trouble sadisme sexuel (F65.52).....	1293
181. Trouble pédophilie (F65.4).....	1298
182. Trouble fétichisme (F65.0).....	1303
183. Trouble transvestisme (F65.1).....	1306
184. Autre trouble paraphilique spécifié (F65.89).....	1309
185. Victimes de paraphilies (+).....	1315

Partie 21. Autres troubles mentaux

186. Remarques générales (+).....	1319
--	------

Partie 22. Troubles des mouvements et autres effets indésirables induits par un médicament

187. Remarques générales (+).....	1321
--	------

Partie 23. Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique

188. Remarques générales (+).....	1325
--	------

Partie 24. Affections proposées pour des études supplémentaires

189. Remarques générales (+).....	1331
190. Deuil et deuil complexe persistant.....	1334
191. Trouble conduite suicidaire et suicide.....	1343
192. Syndromes non inclus dans les classifications officielles (+).....	1357
193. Agitation (+).....	1366
194. Perceptions et états de conscience modifiés (+).....	1371
195. Mythomanie (+).....	1375

Partie 25. Classification de la CIM-10

196. Codes F de la CIM-10.....	1383
---------------------------------------	------

Abréviations

Des abréviations figurent en tête de chaque chapitre. Les noms des troubles psychiatriques sont abrégés s'ils comptent plus que 2 mots et s'ils sont fréquemment cités dans le chapitre en question ; sinon, ils sont en toutes lettres. Les noms des gènes (en italique) ne sont cités que sous leur abréviation. L'abréviation de plusieurs substances (notamment les drogues comme le LSD) figure dans le texte, mais pas dans la liste ci-dessous. Quelques termes sont cités d'emblée comme abréviation, par exemple CIM-10, ECG, EEG, EMG, DMS, DSM-5, LCR, etc.

AChE : acétylcholinestérase	FSH : hormone foliculo-stimulante
ACTH : hormone corticotrope	GABA : acide γ -aminobutyrique
AD : antidépresseur	GH : hormone de croissance (<i>growth hormone</i>)
ADAS-cog : <i>Alzheimer's Disease Assessment Scale cognitive subscale</i>	HAMD-A : échelle d'anxiété de Hamilton
ADP : adénosine triphosphate	HAM-D : échelle de dépression de Hamilton
ADN : acide désoxyribonucléique	5-HTT : transporteur membranaire de la sérotonine
AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien	HVA : acide homovanillique
AMM : autorisation de mise sur le marché	IACHÉ : inhibiteur de l'acétylcholine-estérase
AMPA : un sous-groupe de récepteurs glutamatergiques	IGF-1 : <i>insulin-like growth factor-1</i>
AP : antipsychotique	IL-1, IL-2, IL-6 : interleukine-1, interleukine-2, interleukine-6
APA : <i>American Psychiatric Association</i>	IMAO : inhibiteurs de la monoamine oxydase A
ARN : acide ribonucléique	IMC : indice de masse corporelle (<i>body mass index</i> ou BMI)
ATP : adénosine triphosphate	iPDE-5 : inhibiteur de la 5-phosphodiésterase
BDNF : <i>Brain-derived neurotrophic factor</i>	IRM : imagerie par résonance magnétique
BE : Belgique	IRMf : imagerie fonctionnelle par résonance magnétique
BE, CH, FR : médicament commercialisé en Belgique, Suisse et France	IRMA : inhibiteurs sélectifs et réversibles de la monoamine oxydase A
BPRS : <i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>	LCR : liquide céphalorachidien
BuChE : butyrylcholinestérase	LH : hormone lutéinisante
BZD : benzodiazépines	LHRH (GnRH) : lulibérine
CH : Suisse (Confédération Helvétique)	MADRS : échelle de dépression de Montgomery-Asberg
CIM : Classification internationale des maladies de l'OMS	microARN : ARN régulateur mais non codant pour une protéine
CGI : échelle d'impression clinique globale	MMSE : <i>Mini Mental State Examination</i>
COMT : catéchol-O-méthyltransférase	NAT : transporteur membranaire de la noradrénaline
CNV : <i>copy number variation</i> d'un gène	NBIC : terme regroupant les nanotechnologies (N), al biologie (B), l'informatique (I) et les sciences cognitives, intelligence artificielle et sciences du cerveau (C)
CPT : <i>continuous performance task</i> , un test d'attention	NICE : <i>National Institute for Health and Clinical Excellence</i> anglais
CRF : corticolibérine	NMDA : un sous-groupe de récepteurs glutamatergiques
CYP : cytochrome P450	NTT : nombre nécessaire pour traiter (pour une variable qualitative)
DAH : déficit de l'attention/hyperactivité	OMS : Organisation Mondiale de la Santé
DAT : transporteur membranaire de la dopamine	PANDAS : <i>Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcus</i>
DCI : dénomination commune internationale, pour nommer les molécules	PANSS : <i>Positive And Negative Syndrome Scale</i> (PANSS).
DHEA : déhydroépiandrostérone	PCR : amplification de réaction en chaîne par polymérase
DHT : dihydrotestostérone	PET : tomographie par émission de positons
DMS : différence des moyennes standardisée ou <i>effect size</i>	QI : quotient intellectuel
DSM : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux	RC : rapport de cotes ou <i>odds ratio</i> (pour une variable qualitative)
ECG : électrocardiogramme	SH : stabilisateur de l'humeur
ECT : électrochocs (<i>electroconvulsive therapy</i>)	SPECT : tomographie à émission monophotonique (TEMP)
EEG : électroencéphalogramme	
EMA : <i>European Medicines Agency</i>	
EMG : électromyogramme	
FDA : <i>Food and Drug Administration</i> (États-Unis)	
FR : France	

Abréviations

SNP : polymorphisme d'un seul nucléotide ou *single-nucleotide polymorphism*

T1/2 β : demi-vie d'élimination d'une substance

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

TND : trouble neurodéveloppemental

TNF α : *Tumor Necrosis Factor*

TOC : trouble obsessionnel-compulsif

TRH : hormone thyroïdienne

TSH : thyroïdostimuline

TSPT : trouble de stress post-traumatique

TSS : trouble à symptomatologie somatique

Y-BOCS : *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*

Partie 1

Domaine de la psychiatrie

Chapitre 1

Métier de psychiatre

« Ce que l'on nomme une fine connaissance des hommes n'est souvent rien d'autre que les propres faiblesses de l'observateur réfléchies sur autrui. »
Lichtenberg (1742-1799)

- L'activité du clinicien l'expose aux qualités et aux limites du mental humain, à la complexité des faits psychologiques, psychopathologiques et médicaux.
- Diagnostiquer un trouble psychiatrique repose sur la reconnaissance d'invariants, afin d'identifier une configuration de signes et symptômes parmi d'autres configurations, définies selon un système de classification.
- La pratique de la psychiatrie demande, en plus de poser un diagnostic syndromique et de proposer le traitement des plaintes et des symptômes, de prendre en considération des faits n'ayant pas la nature de troubles psychiatriques : les *conditions* ou *problèmes* (*autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique*), l'environnement de la personne (sur les plans familial, professionnel, financier, culturel, etc.), les données culturelles, la structure de la personnalité, l'introspection quant aux symptômes, la détermination de la personne à évoluer sur le plan psychologique.
- Pour certains patients, consulter un psychiatre ne vise pas une amélioration des symptômes, mais un soutien, une aide au maintien d'un *statu quo* du patient (ce qui est aussi un des objectifs des soins en psychiatrie).
- La mesure du handicap fait partie du métier de psychiatre.
- Le psychiatre doit évaluer le rôle et l'influence des maladies physiques par rapport aux symptômes psychiatriques et par rapport à leur traitement.
- Les tests paracliniques (score sur une échelle de mesure, examens radiologique ou biochimique, neuroimagerie) sont utiles au diagnostic s'ils ont des valeurs élevées de vrais positifs et vrais négatifs et des valeurs basses de faux positifs et faux négatifs. Quantitativement, on mesure ceci avec la courbe ROC (*receiver operating characteristic curve*).
- Chaque clinicien a un système de diagnostic personnel quelque peu idiosyncratique, construit à partir des critères de la CIM et du DSM, mais simplifié et adapté à sa pratique en fonction du modèle de la psychiatrie qu'il a choisi.
- La mission de la psychiatrie est multiple : soins, prévention d'aggravation et de décompensations psychiatriques ultérieures, thérapies de résolution de conflits, de développement de soi, expertises pour des assurances, des institutions ou des tribunaux, etc.

INTRODUCTION

Ernest Hemingway (1898-1961) a décrit quelle compétence lui semblait essentielle pour un écrivain : « *The most essential gift for a good writer is a built-in, shock-proof, shit detector.* » Je propose que l'on remplace *writer* par *psychiatrist* dans la citation, puisque ce dernier devrait identifier par l'examen clinique ce qui est déterminant de ce qui est secondaire, voire à traiter par le mépris. Des signes que le patient ne reconnaît pas peuvent être l'élément clinique le plus déterminant du diagnostic et du traitement, un enjeu pour motiver le patient.

Qu'est-ce qu'un athée comprend d'un mystique, un homme d'une femme, un millionnaire d'un pauvre ? Le psychiatre devrait y parvenir le plus possible. Pour cela, le psychiatre se souviendra de la distinction faite par Jakob Johann von Uexküll (1864-1944) entre le *milieu* et l'*entourage* (ou environnement) : le milieu (ou monde personnel) représente le sous-ensemble des éléments de l'entourage (ou monde global) que le sujet est capable de percevoir et de concevoir (volume I, chapitre 11). L'enjeu est de taille : on attend du psychiatre qu'il comprenne le monde mental des personnes qu'il reçoit en *patientèle*, un monde dans la norme, à la limite de la normalité, ou franchement anormal selon les personnes (à moins que ce ne soit l'environnement qui soit anormal).

La pratique en psychiatrie ne peut être dissociée du milieu culturel, défini par des *a priori* changeant avec le temps quant à la maladie et la santé et quant aux éloges et critiques faites à la recherche et à la place des psychothérapies et celle des médicaments.

Illustration clinique. Cette jeune femme, en conflit avec sa famille, pense n'avoir aucune valeur personnelle, étant donné les critiques (infondées) des membres de sa famille quant à ses comportements, critiques accompagnées de messages dévalorisants. Ces critiques et les réponses de la jeune femme pourraient figurer dans un roman photo caractérisé par l'aspect stupide des accusations, par un manque de retenue des personnes et par l'absence de toute trace d'humour. **Commentaire.** Le métier de psychiatre consiste à aider les personnes à comprendre ce qui leur arrive. Dans ce cas, il importe d'expliquer le processus du harcèlement moral, la culpabilisation de la victime qui en résulte, avant de discuter en quoi les accusations dont cette femme est victime seraient ou non justifiées.

Dans ce chapitre, je commente la pratique en psychiatrie.

MÉTIER DE PSYCHIATRE

La psychiatrie a pour fonction l'identification et le traitement de particularités morbides dans le fonctionnement mental des personnes. Elle a pour fonction de tenter de réduire la souffrance individuelle et les incongruités ou insuffisances des relations humaines, si faire se peut, des fonctions pour lesquelles les paradigmes médicaux (un diagnostic, un mécanisme physiopathologique, un traitement) ne suffisent pas toujours.

Poser un diagnostic et établir un traitement

Un diagnostic repose sur la reconnaissance d'invariants selon un système de classification donné. Ces invariants peuvent être cliniques ou paracliniques, voire de nature sociétale. Un clinicien fait, explicitement ou implicitement, des choix et des pondérations au sujet des signes et symptômes qu'il juge déterminants pour classer les observations cliniques et les données paracliniques; il émet des prédictions quant aux mécanismes du trouble psychiatrique et des traitements; il choisit le traitement en fonction de ces prédictions et il l'adapte d'après le résultat clinique et la survenue d'effets indésirables ou d'interactions.

Illustration clinique. Cet homme âgé de 30 ans a été condamné pour abus de confiance et pour chèques sans provision. Il a un quotient intellectuel estimé à 140, mais il n'a pas terminé ses études universitaires. Il promet de suivre régulièrement la psychothérapie d'orientation analytique qui lui a été proposée, mais il manque systématiquement les rendez-vous. Le clinicien pense à une personnalité passive-agressive, avec des aspects asociaux et manipulateurs. Il suspecte aussi un syndrome d'Asperger. **Commentaire.** Les choix du diagnostic mènent à considérer différents mécanismes et à prévoir différentes propositions thérapeutiques.

La connaissance des configurations définies par les classifications officielles est nécessaire à la pratique de la psychiatrie, mais elle diminue la disponibilité à une approche phénoménologique sans *a priori*, comme l'a déploré Ronald Laing (1927-1989).

Soutien à court et long termes

Lorsque le traitement ne mène à guère d'amélioration, le thérapeute peut aider les patients chroniques à maintenir un état stable, à diminuer le risque d'aggravation ou de décompensation aiguë. Il se pose au clinicien la question de la proportion de ses patients chez lesquels il n'attend pas d'amélioration du traitement : le maintien du *statu quo* représente en soi un objectif thérapeutique, même si l'activité clinique peut alors être moins motivante.

Illustration clinique. Ce patient âgé de 35 ans souffre d'un état dépressif et d'hallucinations auditives à thème de concernement. Son quotient intellectuel est de l'ordre de 65. Il ne travaille pas, ne voit un membre de sa famille qu'une fois par semaine, n'a aucun ami qui réponde à ses appels téléphoniques. Son rendez-vous hebdomadaire avec son psychiatre représente un ancrage dans le monde des humains, dont il se sent si exclu et dont il exclut les étrangers par des opinions racistes sans nuance : « Docteur, vous trouvez pas que ça sent le nègre en ville ? » En 4 ans de traitement, avec changements d'antipsychotiques, d'antidépresseurs et de stabilisateurs de l'humeur, avec participation à des groupes de patients entendeurs de voix, des séances d'ergothérapie et de neurofeedback, ses hallucinations et sa solitude sont restées inchangées. **Commentaire.** Lorsque la situation des patients ne s'améliore pas,

la question que se pose le clinicien est de se demander si les mesures thérapeutiques appliquées étaient ou non adéquates et suffisantes. Dans le cas présent, le souvenir pénible d'agressions à l'école et de maltraitance en famille aurait-il dû faire ajouter le diagnostic (et le traitement) de trouble de stress post-traumatique ?

Liste opératoire

J'ai mentionné que les chirurgiens, pour obtenir leur diplôme de spécialiste, sont tenus d'avoir fait une série définie d'opérations. Pour la spécialisation en psychiatrie, il n'y a pas d'exigence de réaliser durant sa formation une liste d'actes spécifiés; on pourrait imaginer une telle liste (volume I, chapitre 1 et Encadré I ci-dessous).

Si l'idée d'une *liste opératoire* pour la formation des psychiatres est séduisante, on voit mal comment obtenir un consensus quant à son contenu, pour plusieurs raisons. Premièrement, les entités cliniques selon le DSM ou la CIM se comptent par quelques centaines et les associations comorbides sont fréquentes, on imagine mal quel quota d'actes de diagnostics imposer. Deuxièmement, une série de syndromes psychiatriques ne peuvent être traités selon la médecine fondée sur des preuves. Troisièmement, la part de la pratique psychiatrique qui porte sur l'aide aux patients quant à leurs problèmes de vie (les nombreux codes T et Z de la CIM pertinents à la psychiatrie) n'est pas enseignée aux psychiatres. Quatrièmement, les traitements psychothérapeutiques demandent des années de formation pour en acquérir la maîtrise. Cinquièmement, une part de la formation postgraduée du psychiatre consiste en un formatage aux lieux communs d'une pensée clinique promue par les industries pharmaceutiques et enseigner la capacité de critique n'est pas simple. Sixièmement, il existe plusieurs modèles de la psychiatrie (volume I, chapitre 1). Cela étant, chaque psychiatre peut établir *a posteriori* sa liste d'inter-

Encadré I. Liste opératoire minimale d'un psychiatre clinicien

- Poser les diagnostics selon les altérations des fonctions cérébrales supérieures et les résultats des examens para-cliniques en suivant la classification DSM et CIM.
- Décider si le traitement à prescrire est médicamenteux et/ou psychothérapeutique.
- Identifier les situations d'urgence exigeant une intervention rapide (suicidalité, effets indésirables sévères, risque d'actes agressifs, etc.).
- Établir une proximité relationnelle avec le patient qui réponde aux nécessités du traitement.
- Disposer d'une liste de collègues, médecins, psychologues et éducateurs, capables d'apporter une aide pour des diagnostics et des traitements complexes.
- Savoir agir face à la souffrance des patients, à leurs problèmes de vie, à leurs difficultés sociales et administratives (assécurologie, etc.).

ventions apprises et maîtrisées, ou *liste opératoire individuelle*, à partir du contenu minimal de l'Encadré I.

Ordre et sécurité

Le travail en psychiatrie place le personnel médical également dans la catégorie des personnes qui maintiennent *l'ordre et la sécurité*. Les psychiatres cherchent un équilibre, un arbitrage, entre les attentes et demandes des patients et des familles et les contraintes des familles et de la société.

Expertise

La société exige du psychiatre qu'il remplisse un rôle d'expert lors de conflits en rapport avec un arrêt de travail, l'établissement d'une invalidité, l'évaluation de la responsabilité légale.

Le psychiatre travaillant en entreprises, celui réalisant des expertises pour diverses institutions, le psychiatre d'armée ou engagé par la police ont un rôle de contrôle social plus marqué. Dans le domaine de la psychiatrie légale, ce rôle se trouve au premier plan. Le rôle d'expert du psychiatre a évolué rapidement et cette évolution rend obsolètes les dires de Michel Foucault (1926-1984) lors de son cours au Collège de France, 1974-1975, sur *Les Anormaux*. Il y évoquait un *langage balbutiant de l'expertise* : « *L'expert psychiatre ne peut être que le personnage même d'Ubu, il ne peut exercer le terrible pouvoir qu'on lui demande d'assumer... Ubu, à la fois ignare et apeuré... la pitrerie et la fonction de l'expert psychiatre font corps l'une avec l'autre. C'est en tant que fonctionnaire qu'il est effectivement un pitre.* » Foucault décrit l'accusé comme étant « ... *par conséquent dépouillé de tout pouvoir...* » ; actuellement, une proportion des accusés savent parfaitement ce qu'ils peuvent obtenir comme avantages de la justice et c'est à l'expert de statuer sur la sévérité du handicap ou la réalité des erreurs médicales commises et leurs conséquences. Dur travail, Mr Ubu !

Illustration clinique. Cet homme est en privation de liberté dans une institution pénitentiaire à Genève. Une sortie est prévue pour une séance d'équitation. À cette occasion, il assassine la jeune ergothérapeute désignée pour l'accompagner. Deux crimes analogues avaient été perpétrés peu de mois auparavant par des patients d'institutions géographiquement proches. **Commentaire.** Les avis d'expert ont-ils été erronés, par rapport à la question difficile de décider si un psychopathe est inaccessible à toute thérapie et si son état restera inchangé, ce qui justifierait un internement à long terme ? Une application stricte des critères de dangerosité aurait-elle permis d'éviter ces 3 décès ? Quel fut le rôle des erreurs humaines et organisationnelles dans la gestion de ces institutions carcérales ?

Médecine prédictive

Les avancées techniques permettent d'envisager la possibilité de prédictions précises également dans le domaine de la psychiatrie, un résultat ayant ses bons et mauvais côtés.

EXAMENS PARACLINIQUES

Quelques examens paracliniques (volume I, chapitres 29 à 33) ont une utilité clinique confirmée pour le diagnostic en psychiatrie : examen neuropsychologique pour quantifier des difficultés cognitives ou mnésiques, questionnaires remplis répétitivement pour évaluer les oscillations de l'humeur, tests endocriniens pour rechercher une endocrinopathie, actométrie pour confirmer des modifications du rythme veille-sommeil, oxymétrie nocturne pour explorer l'origine apnéique d'une dépression, surveillance plasmaticque pour confirmer l'origine de symptômes évoquant un surdosage médicamenteux ou pour explorer une absence de réponse au traitement, génomique du métabolisme médicamenteux, neuroimagerie cérébrale structurale ou fonctionnelle lors de déficits cognitifs, examens de génétique et bientôt d'épigénétique, etc.

Illustration clinique. Les tests paracliniques demandés pour cet homme dépressif font poser le diagnostic de maladie de Lyme et de déficit de vitamine C, chez un homme par ailleurs en surpoids. Ce résultat mène à un complément d'anamnèse : le patient se nourrit exclusivement de hamburgers et de nourriture en conserve.

Illustration clinique. L'hyperactivité de ce garçon de 10 ans a été attribuée à une maladie cœliaque confirmée par la mesure d'anticorps (antigliadine et antiglutaminase). Un régime sans gluten a eu des conséquences comportementales très favorables.

Certains examens paracliniques n'ont pas ou peu de répercussions cliniques pour le moment, même s'ils ont permis d'identifier des anomalies et d'explorer la physiopathologie des troubles mentaux lors de travaux de recherche. Il en va ainsi de la diminution progressive du volume cérébral lors de schizophrénie, de l'augmentation de volume des ganglions de la base lors de la phase aiguë d'un trouble obsessionnel-compulsif secondaire à une infection par streptocoque, de mutations lors de plusieurs syndromes cliniques, de tests de neuroimagerie fonctionnelle, etc. Certains de ces tests pourraient et pourront permettre l'identification précoce de troubles comme la maladie d'Alzheimer (sur une prise de sang) ou l'autisme (par neuroimagerie fonctionnelle); ceci ne sera un progrès (plutôt qu'un stresser pour le patient et son entourage) que quand on disposera d'un traitement influençant favorablement la survenue de la maladie et son évolution.

L'absence d'un test paraclinique fiable n'est pas gênante quand l'examen clinique permet à lui seul de conclure que le syndrome, tel que décrit dans les systèmes CIM ou DSM, est présent avec une probabilité élevée, plus de 95 %, et que la probabilité d'un faux positif est très basse. Un examen paraclinique avec une probabilité après test passant de 95 % à 98 % voire 99 % changerait peu la décision de diagnostic et traitement. Un test paraclinique peut cependant être souhaitable dans ces conditions si le diagnostic envisagé a un mauvais pronostic, si le traitement est potentiellement

toxique ou si une hésitation ou une imprécision quant au diagnostic doit être résolue pour d'autres raisons.

Illustration clinique. Cet homme âgé de 40 ans souffre d'obésité, d'hypertension et de diabète. Il a aussi des problèmes psychologiques sous forme de fréquentes colères et de périodes de dépression. L'origine médicale de l'incapacité de travail n'est pas reconnue sur le plan assécurologique. L'examen clinique fait suspecter un déficit de l'attention/hyperactivité, qui n'avait pas été évoqué auparavant, ainsi qu'un faible quotient intellectuel. Un examen par un neuropsychologue a confirmé ces 2 syndromes et cela a permis de faire reconnaître le handicap professionnel.

COURBE ROC

Un test paraclinique utile en clinique modifie significativement la probabilité de présence de la maladie avant le résultat du test (probabilité pré-test). La courbe ROC (Figure 1) d'un test de laboratoire (volume I, chapitre 28) consiste à quantifier le pouvoir du test de discriminer entre les personnes atteintes de la maladie et celles non atteintes (Perneger et Perrier, 2004).

Cette courbe est construite en notant en ordonnée la proportion des malades correctement identifiés comme atteints par le test (sensibilité) et en notant en abscisse la proportion des malades non atteints erronément identifiés comme

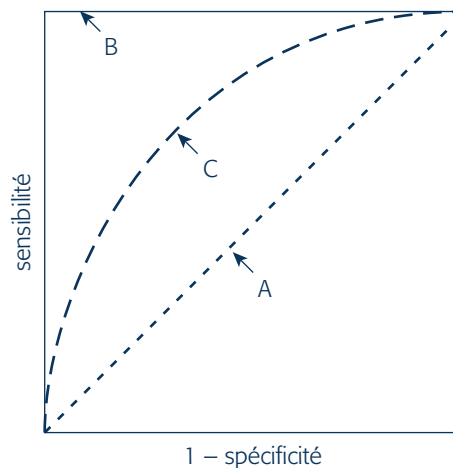


Figure 1. Courbe ROC (receiver operating characteristic)

La courbe A indique un test sans valeur discriminative : la proportion de résultat positif ne diffère pas entre les personnes atteintes et non atteintes. La courbe B (qui suit l'ordonnée puis la ligne horizontale du haut du graphique) indique un test totalement discriminatif. La courbe C indique un test moyennement discriminatif, comme le sont la majorité des tests. La valeur discriminative est quantifiée par la surface sous la courbe normalisée, à savoir 0,5 pour la courbe A (tests non discriminant), 1 pour la courbe B (test idéalement discriminant) et 0,75 pour la courbe C.

atteints (1-spécificité). Cette courbe est valable pour un test binaire : atteint/non atteint. La courbe est construite en faisant varier la valeur du seuil de positivité du test.

COMPLEXITÉ DU DIAGNOSTIC SYNDROMIQUE

La CIM-10 et le DSM-5 comportent des listes de critères pour poser le diagnostic des entités cliniques et donnent des indications pour le diagnostic différentiel. Appliquer ces critères à chaque patient est chronophage et ne mène pas toujours à des conclusions claires, ni ne permet un traitement sélectif. De plus, ces systèmes de classification donnent l'impression que l'on pourrait résumer les souffrances psychiques dans les catégories d'un tableau Excel construit à partir de questionnaires à choix multiple... que de trouver le code DSM ou CIM guide automatiquement les choix thérapeutiques... et que ce code donne une clé cohérente pour être payé pour son travail clinique.

Illustration clinique. Un malade, questionné sur son état par le médecin, répondit qu'il avait sué plus que de raison. « Cela va bien », dit le médecin. Questionné une seconde fois sur sa santé, il dit qu'il avait été pris de frisson et fortement secoué. « Cela va bien aussi », dit le médecin. Une troisième fois le médecin vint le voir, et le questionna sur sa maladie. Il répondit qu'il avait eu la diarrhée. « Cela va bien encore », dit le médecin, et il se retira. Un de ses parents étant venu le voir et lui demandant comment il allait : « Moi, répondit-il, je meurs à force d'aller bien. » **Commentaire.** Cette fable d'Esoppe (620-564 avant J.-C.) a des versions contemporaines en médecine interne et en psychiatrie.

Illustration clinique. Cet homme âgé de 50 ans signale des marques de sang sur le papier hygiénique depuis des semaines. Son généraliste attribue, sans l'examiner, cette situation à des hémorroïdes. Quelques mois plus tard, les métastases hépatiques d'un cancer colique sont identifiées.

Illustration clinique. Cet homme âgé de 30 ans est opéré d'une lithiase biliaire, après plusieurs crises aiguës. Après l'opération, il devient très pâle chaque fois que les infirmières insistent pour le lever. Il s'évanouit à plusieurs reprises. Le chirurgien conclut que c'est l'arrêt brutal des médicaments psychotropes avant l'intervention qui explique la situation. Durant la soirée du deuxième jour post-opératoire, un proche du patient insiste pour qu'une prise de sang soit faite pour la mesure de l'hématocrite et le patient est transféré dans la nuit aux soins intensifs à la suite du constat d'une valeur effondrée de l'hématocrite. Après transfusions sanguines, il est réopéré et une petite artère lésée est suturée, avec des suites opératoires sans complication. **Commentaire.** Le diagnostic le plus vraisemblable statistiquement ne devrait pas être négligé, dans ce cas une perte de sang en post-opératoire.

Illustration clinique. Le compositeur George Gershwin (1898-1937) s'est plaint à l'âge de 38 ans de céphalées et a constaté qu'il devenait de plus en plus irritable. Il a senti à plusieurs reprises une odeur mal

définie de substance brûlée. Plusieurs médecins consultés ont conclu à un problème névrotique et recommandé une psychothérapie. Plusieurs mois plus tard, un œdème papillaire a été identifié et, quelques jours plus tard, Gershwin devint comateux et décéda d'un important glioblastome temporal droit. **Commentaire.** Le dépistage clinique et paraclinique de maladies physiques qui expliqueraient les symptômes psychiatriques n'est pas réalisé systématiquement. Par exemple, le dosage des hormones thyroïdiennes, l'exclusion d'une maladie céliaque ou d'apnées obstructives du sommeil sont rarement demandés lors d'état dépressif ou de fatigue chronique.

Illustration clinique. Cette femme en instance de divorce a présenté 3 attaques de panique typiques dans un parking souterrain. À d'autres occasions, elle a senti, sans cause apparente, qu'une attaque de panique aurait pu se développer, mais elle a pu garder le contrôle grâce à un chewing-gum anxiolytique à base de fleurs de Bach. Elle n'utilisait plus les parkings souterrains, mais a décidé de recommencer à parquer sa voiture dans ces parkings, ce qu'elle a pu faire sans autre ennui qu'une légère appréhension. Une hyperthyroïdie a été diagnostiquée. **Commentaire.** Selon le DSM-5, il ne s'agit pas d'un trouble panique pour les raisons suivantes. Premièrement, même si les attaques de panique étaient évidentes, leur nombre restreint au moment de la demande de soins ne permet pas de poser un diagnostic de trouble panique (bien qu'une appréhension ainsi que des comportements d'évitement aient suivi les attaques). Deuxièmement, les attaques de paniques sont survenues toutes dans les mêmes conditions, ce qui annoncerait le début d'un trouble phobique spécifique accompagné d'attaques de panique et serait un critère d'exclusion de trouble panique. En effet, la présence d'un autre trouble anxieux (ou celle d'un trouble psychotique) fait qu'il ne faut pas poser le diagnostic de trouble panique, sauf si les attaques de panique sont imprévues et enclenchent des préoccupations et changements de comportement (en revanche, un trouble de l'humeur comorbide ferait que le diagnostic de trouble panique comorbide peut être posé). Troisièmement, l'endocrinopathie est un critère d'exclusion du diagnostic de trouble panique. Pour résumer, cette femme a les diagnostics suivants, selon les codes CIM-10 : E05 à savoir une hyperthyroïdie ; Z63.5 à savoir dislocation de la famille par séparation ou divorce ; des attaques de panique, ce qui n'a pas de code mais peut être un spécificateur d'un autre diagnostic. Un trouble phobique sous-syndromique pourrait être évoqué, qui n'a également pas de code.

Les codes CIM et DSM ne suffisent qu'à rendre compte partiellement de la situation des patients. Les diagnostics phénoménologiques devraient aider à la prise en charge, mais ils sont peu informatifs s'ils ne sont pas posés dans le contexte d'une approche multivariée : pour quelques troubles, des patients assez différents les uns des autres ont le même code DSM-5. Poser un diagnostic demande d'explorer d'autres dimensions que les signes et symptômes psychiatriques (volume I, chapitre 28) : dimensions médicale et psychologique, contexte familial, professionnel et social. Le diagnostic est ensuite confirmé par confrontation de la symptomatologie du patient à la liste de critères des systèmes de classification CIM ou DSM.

Illustration clinique. Cet homme âgé de 75 ans a eu une carrière professionnelle brillante dans le domaine de l'économie. Il présente depuis sa retraite à l'âge de 70 ans, un retrait de ses activités sociales et culturelles (musique et théâtre), il explique ce retrait par le fait qu'il n'est plus le même qu'auparavant. La prise d'une benzodiazépine lui est nécessaire pour assurer un minimum de 6 heures de sommeil par nuit. Le patient ne voyage plus, se confine à son domicile et rumine ses erreurs professionnelles anciennes. Il réalise scrupuleusement les activités nécessaires à la tenue de son ménage et ne néglige aucunement son apparence physique. Il ne quitte son logement que pour faire les achats de nourriture et de médicaments et pour consulter les médecins. Une correction de sa presbytie serait nécessaire, mais le patient n'a pas eu l'énergie de consulter. Une opération pour cancer colique (localisé, sans envahissement) faite peu après sa retraite reste un sujet permanent de préoccupation. Un traitement par plusieurs antidépresseurs prescrits successivement (fluvoxamine, moclobémide, sertaline) n'a permis aucune amélioration de l'humeur : le patient répète que sa vie est devenue sans intérêt, qu'il n'envisage aucun changement avant sa mort. Les injonctions du thérapeute de ranimer son intérêt pour le théâtre et les lectures qui le passionnaient (économie, histoire et philosophie) n'ont eu aucun succès. **Commentaire.** Le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) et résistant au traitement est posé. La dépression résistant au traitement n'a pas de code dans la CIM-10, ni dans le DSM-5, à part la spécification de réponse partielle ou celle de trouble dépressif persistant. Un autre diagnostic est celui de personnalité obsessionnelle-compulsive (anankastique) (F60.4). Un début de déstructuration des fonctions exécutives est présent (trouble neurocognitif léger, F06.7), dont les conséquences semblent exacerbées par les exigences élevées du patient, qui s'isole afin d'éviter qu'autrui n'acquière une image de lui ne correspondant plus à celle des décennies précédentes.

COMPLEXITÉ DU DIAGNOSTIC ORGANIQUE

Une longue liste de troubles psychiatriques ont une origine organique, dont le diagnostic différentiel peut poser problème.

Illustration clinique. Dans un résumé *Que sais-je ?* publié en 1955 sur les *Thérapeutiques psychiatriques*, le neuropsychiatre Henry Baruk (1897-1999) écrit : « ... nous avons été appelé une fois à examiner une femme de 75 ans qui après avoir vu sa robe déchirée par un chien dans la rue, et avoir été secouée par une violente émotion, fut prise de troubles de la marche et de douleurs insupportables des membres inférieurs. Plusieurs psychiatres et psychanalystes rattachèrent naturellement la maladie à l'émotion, et certains d'entre eux invoquèrent même chez cette femme, mère et grand-mère, des complexes sexuels insoupçonnés et refoulés. Cependant, l'examen neurologique montrait déjà des bandes d'anesthésie et un début du syndrome des fibres longues. Malgré cela, la malade fut placée en maison de santé et soumise à une psychothérapie d'inspiration analytique. Son état ne faisant que s'aggraver, elle sort de la maison de santé, nous la revoyons, et nous constatons des signes de compression médullaire. Malgré la résistance de la famille

convaincue d'une interprétation psychosomatique de la maladie, nous obtenons cependant que cette malade entre dans un service de neurologie (Pr Alajouanine), là, la compression médullaire est confirmée et la malade est opérée d'une tumeur comprimant la moelle par le Dr Thuret et complètement guérie ensuite. » **Commentaire.** La complexité du diagnostic différentiel entre une affection d'origine physique et psychique caractérise le travail des médecins depuis des centaines d'années, notamment lors d'hystérie.

Illustration clinique. Cette femme âgée de 50 ans souffre depuis des mois d'un harcèlement professionnel. Divorcée depuis peu, elle n'a pas de soutien de son ex-mari, ni pour la conseiller sur le plan professionnel, ni pour l'aider avec l'éducation et le financement de leurs 2 enfants adolescents. Alors qu'elle était depuis une semaine en vacances, elle se plaint un matin de douleurs abdominales en ceinture. Un diagnostic de zona n'est pas envisagé, car aucune vésicule n'est visible. La patiente se dit épuisée et désespérée. Il lui est conseillé de consulter un psychiatre. Celui-ci identifie un ralentissement psychomoteur et une humeur dépressive; la patiente explique combien sa situation est pénible. Elle mentionne l'aggravation de son insomnie, avec une difficulté de s'endormir, restant éveillée une partie de la nuit et dormant durant la fin de la matinée. La prescription de miansérine n'améliore pas le sommeil. La prescription de zolpidem est suivie d'une déambulation nocturne qui a inquiété les enfants. Une hospitalisation est demandée par l'interne, en accord avec le psychiatre (avec mention sur le certificat d'un état dépressif et d'une suspicion d'accident vasculaire cérébral). Aux urgences de l'hôpital universitaire, on ne conclut pas à la nécessité d'une hospitalisation et le diagnostic d'insomnie est posé (les diagnostics de dépression sévère et de trouble neurologique à investiguer, figurant sur la lettre de demande d'admission, ne sont pas retenus par les médecins des urgences). Un neurologue consulté ambulatoirement 5 jours plus tard demande l'hospitalisation immédiate en neurologie : il a identifié une légère hémiparésie et suspecté une atteinte de l'innervation du diaphragme, la patiente signalant de la peine à respirer, alors que l'auscultation pulmonaire et la radiographie pulmonaires sont normales. La ponction lombaire montre une albuminorachie qui signe une atteinte encéphalitique, justifiant d'un traitement antiviral parentéral. **Commentaire.** Le diagnostic différentiel entre une cause physique et psychique des symptômes est facilité grâce à la consultation de spécialistes, ou plutôt, il est rendu compliqué quand des non spécialistes manquant d'expertise examinent un patient.

COMPLEXITÉ DE LA COMORBIDITÉ

Il y a lieu d'établir si un trouble doit être identifié comme tel ou si la présence d'un second trouble explique le premier.

Classification

Il existe 3 modèles de la comorbidité. Selon le modèle dit *hiérarchique* de classification (quelque peu obsolète), un trouble principal explique la présence de troubles qui en dépendent (et ne sont pas à considérer comme comorbides, mais comme exprimant un des sous-types possibles de ce trouble général). Un trouble principal, comme par exemple

la schizophrénie, placé en haut de la hiérarchie, explique la survenue d'un état dépressif, d'attaques de panique ou de symptômes obsessionnels-compulsifs. Selon le deuxième modèle, *athéorique*, il s'agit de faire la liste de tous les troubles d'un patient, liste qui peut être longue. Les troubles sont identifiés individuellement selon les critères de la CIM ou du DSM. Le troisième modèle consiste en la mesure dimensionnelle des symptômes : cela permet des descriptions individualisées, sans obligation d'énoncer une série de diagnostics.

Clinique

Un diagnostic comorbide peut modifier la présentation clinique d'un autre diagnostic.

Illustration clinique. Cette femme âgée de 45 ans souffre d'un trouble bipolaire. Depuis plusieurs semaines, elle est hypomane, consciente d'être euphorique. Elle est victime d'un vol : les malfaiteurs agissent violemment, la menacent de mort et la bâillonnent pendant qu'ils cherchent et prennent l'argent et les bijoux. La femme ne développe pas d'état de stress post-traumatique : elle conclut que ses bijoux étant assurés, sa mésaventure est sans conséquence. **Commentaires.** Dans le cas présent, l'hypomanie a empêché la survenue d'un état de stress aigu, voire d'un état de stress post-traumatique. La rémission de l'hypomanie n'a pas été suivie de la survenue rétrospective d'une anxiété suite à cette agression.

COMPLEXITÉ DE LA PRÉDICTION

Fiabilité de la prédiction

En médecine interne, la prédiction des maladies cardiovasculaires a acquis un degré de précision élevé : à partir

du sexe, de l'âge, de la taille et du poids, de la concentration des lipides, de la pression artérielle, du fait de fumer ou non, il est possible d'obtenir une probabilité d'événements cardiovasculaires durant les 10 ans à venir, prédiction individualisée, non pour une personne donnée, mais pour le groupe de morbidité auquel cette personne appartient. Les accidents cardiovasculaires ou cérébrovasculaires peuvent aussi être prévus sur la base de l'épaisseur de l'intima artérielle carotidienne ou de la concentration des lipides LDL.

Illustration clinique. Un diagnostic de cancer buccal est posé chez cet homme âgé, avec la recommandation de subir une intervention chirurgicale sinon la survie ne serait que de 4 mois. Le refus du patient est suivi d'une radiothérapie avec fonte de la tumeur. Deux ans plus tard, la tumeur ayant grandi à nouveau, le conseil d'opérer est réitéré, ce que le patient refuse (avec raison vu les séquelles de radiothérapie sur la joue). Il trouve un oncologue d'accord d'instituer une chimiothérapie, laquelle s'avère tout à fait utile. Un an plus tard, une seconde chimiothérapie est sans succès et le patient décède quelques mois plus tard, soit 4 ans plus tard que la prédiction initiale.

Utilité de la prédiction

La prédiction, notamment la prédiction génétique, est d'autant plus utile qu'il existe un traitement efficace et peu toxique. La prédiction peut devenir délétère lorsqu'il n'existe pas de prévention ni de traitement, comme dans le cas de la maladie de Huntington (Evans et al., 2001^{***}) et d'autres démences.

Encadré II. Questions lors de la prédiction en psychiatrie

Questions générales

- Comment quantifier la qualité d'une prédiction ?
- Quelles sont les facettes sociales et éthiques de la prédiction ?
- Comment sélectionner les données (cliniques et non cliniques) à partir desquelles établir des prédictions ?

Choix des critères

- Quelles sont les données cliniques et paracliniques les plus pertinentes pour la prédiction de l'évolution sans traitement ?
- Quelles sont les données cliniques et paracliniques les plus pertinentes pour la prédiction de l'évolution sous traitement (médicamenteux ou non médicamenteux) ?
- Quelles sont les données cliniques et paracliniques les plus pertinentes pour la prédiction de la toxicité du traitement (médicamenteux ou non médicamenteux) ?
- Quel est l'intérêt de connaître les résultats de la neuropsychologie, de la neuroimagerie et des différents *-grammes* (génomogramme, épigénomogramme, protéomogramme, métabomogramme et autres *-grammes*) ?

Qualité de la prédiction

- Quelle précision le clinicien a-t-il lorsqu'il fait une prédiction d'évolution pour tel ou tel diagnostic ?
- Quelle est la fiabilité de la prédiction (pharmacogénétique, pharmacocinétique et pharmacodynamie) de la réponse au traitement médicamenteux ?
- Quelle est la fiabilité de la prédiction (pharmacogénétique, pharmacocinétique et pharmacodynamie) des effets indésirables du traitement médicamenteux ?

Prédiction en psychiatrie

Prédire quel patient répondra au traitement et quelle sera l'évolution à long terme reste difficile, comme évoqué ailleurs (volume II, chapitre 1) et résumé dans l'Encadré II.

La difficulté de faire des prédictions en psychiatrie a mené à des conclusions pessimistes (McMahon, 2014), malgré l'ampleur des efforts et malgré les nombreuses nouvelles technologies. Quelques études sont décrites ci-dessous.

À partir d'une cohorte de 1 489 patients dépressifs âgés de 18 à 65 ans, la présence de négativisme et de perte d'énergie dans le questionnaire d'auto-évaluation de la dépression de Beck avait une valeur de prédiction d'une moins bonne réponse au traitement (van Noorden et al., 2012***).

Le regroupement de variables cliniques et génétiques, soumises à des analyses statistiques élaborées, permet d'espérer améliorer la capacité de déterminer le risque des personnes de développer des troubles psychiatriques, par exemple une dépression majeure (Wong et al., 2012***).

La mesure de plusieurs substances endogènes dans le sang permettrait de prédire la réponse au traitement lors de schizophrénie selon l'étude de 77 patients (Schwarz et al., 2012***), mais les substances mesurées ne font pas partie des examens paracliniques facilement disponibles en clinique et les résultats de ce type doivent être validés.

Marqueurs biologiques

Les données de neuroimagerie structurelle (IRM) ou fonctionnelle (EEG, IRM fonctionnelle, PET), celles de neuroendocrinologie, celles de génétique et d'épigénétique permettent de construire des marqueurs biologiques de prédiction du diagnostic ou de prédiction de la qualité de la réponse thérapeutique. Ces données ont surtout été étudiées lors de troubles de l'humeur (Piguet et al., 2016***) et lors de schizophrénie (Dazzan, 2014***). Durant les années à venir, il sera établi quels marqueurs biologiques auront la même utilité que les marqueurs cliniques et quels marqueurs biologiques ou cliniques amélioreront la capacité de prédiction lors de troubles psychiatriques.

COMPLEXITÉ DE L'INFORMATION DU PATIENT

Le psychiatre a mission d'informer le patient et les proches (Encadré III à VI), une information guidée par le principe de *décision médicale partagée*, en fonction des connaissances, opinions et prises de position et du psychiatre.

Illustration clinique. Ce médecin non psychiatre connaît sa patiente et la tutoie. Informé du projet d'un psychiatre d'hospitaliser cette dernière, il déclare : « Tu seras aussi suicidaire après l'hospitalisation que maintenant. » **Commentaire.** Dans les faits, ce médecin a eu raison, mais aurait-il dû s'abstenir d'une telle prédiction ?

Faut-il expliciter au patient l'ensemble de ses symptômes psychiatriques, leur nature, leurs conséquences ? Les règles actuelles de la bonne pratique clinique disent qu'il le faudrait, mais il n'est pas aisé d'appliquer ce principe de *transparence*.

Illustration clinique. Cet homme consulte son interniste pour des douleurs épigastriques et des nausées. Son traitement comporte du citalopram. L'interniste prévoit une série d'examens du système digestif et déclare : « On va pas passer à côté d'un cancer... quand même. » Le patient signale que son état d'humeur étale grâce au citalopram lui a permis de banaliser ce commentaire, mais que cela pourrait inquiéter d'autres personnes. **Commentaire.** Il est nécessaire d'expliquer les raisons des examens, mais cela n'est pas sans conséquence.

Littératie

Ce néologisme est une traduction de *literacy*, soit la compétence d'analyser les informations. Les données de santé sur Internet ont augmenté les connaissances des patients et leur littératie, mais ce foisonnement de constats, de critères de diagnostic et de commentaires sur les traitements demande aux lecteurs de sélectionner et filtrer les informations, afin d'éviter l'hypochondrie.

L'information au patient permet d'apporter la précision que le diagnostic psychiatrique ne définit pas la personne, à savoir que dire « *Je suis bipolaire* » n'informe que très partiellement sur les caractéristiques de la personne.

Information au sujet de la psychiatrie

Je trouve utile d'expliquer au patient les hypothèses des principaux modèles en psychiatrie (volume I, chapitre 1); ceci permet de préciser le contenu et l'organisation du traitement envisagé. Ceci permet aussi de critiquer la *crainte d'être fou*, ou de le devenir, chez les personnes qui ont une image de la folie comme catastrophe globale et indifférenciée les menaçant. La comparaison avec les signes

Encadré III. Thèmes de l'information au patient concernant sa situation

- **Symptomatologie.** Expliciter (ou non) la nature des symptômes.
- **Symptomatologie (suite).** Expliciter (ou non) les termes du diagnostic selon la CIM ou le DSM.
- **Symptomatologie (suite).** Expliciter (ou non) comment le diagnostic du patient impose des limites à ses capacités mentales, maintenant et dans le futur.
- **Symptomatologie (suite).** Expliciter (ou non) comment le mode de vie du patient impose des limites à ses capacités mentales, maintenant et dans le futur. Déconseiller (ou non) telle ou telle habitude, notamment la consommation de drogues.

Encadré IV. Thèmes d'une information générale du patient

- **Symptomatologie.** Expliciter (ou non) la nature et les limites des systèmes de classification DSM et CIM.
- **Symptomatologie (suite).** Expliciter (ou non) les limites des fonctions cérébrales supérieures et lesquelles de ces limites se répercutent sur les comportements, les émotions et la vie des personnes.

et symptômes en médecine peut être utile, pour mieux apprendre au patient à faire la part de symptômes sévères et moins sévères, en lui rappelant qu'il sait décider, sur le plan physique, si ses symptômes ressemblent plutôt à la souffrance d'un corps aux pieds ou à celle d'un infarctus.

Les informations de l'Encadré IV sur des données de neuroscience et le fonctionnement cérébral sont appréciées de certains patients, surtout quand ces informations s'intègrent dans ou valident un projet de changer ses comportements.

Illustration clinique. Cette femme se dit angoissée à la perspective de son mariage prochain, mais elle se réjouit également. À plusieurs reprises, elle a ressenti les signes d'une attaque de panique dans un ascenseur et elle croit être atteinte d'une maladie. Le clinicien lui explique que les signes d'une attaque de panique reflètent une fausse alarme du cerveau, et que la peur ressentie à ce moment réalise un conditionnement de type pavlovien, donc une appréhension angoissée à l'idée de revivre de tels événements, appréhension dont la finalité serait de protéger la personne. Il lui explique que les attaques de panique surviennent lors d'un niveau augmenté d'appréhension, même de l'appréhension d'un événement positif. Il lui explique le processus d'extinction, par lequel le conditionnement pavlovien diminue avec le temps lorsque l'on affronte les situations qui avaient été associées avec l'anxiété, ou lorsque les attaques de panique ne surviennent plus. La femme réutilise les ascenseurs sans problème. **Commentaire.** La transmission des informations qui sous-tendent les méthodes de thérapie comportementale suffit pour un contrôle des symptômes chez quelques patients.

Les patients ne bénéficient pas ou marginalement du fait que leur thérapeute leur décrive les conflits entre promoteurs des modèles de la psychiatrie, les insuffisances des systèmes de soins ou les procès faits aux industries pharmaceutiques : ces informations ne rassurent nullement.

Information au sujet de l'entourage

Le patient connaît son entourage, mais il peut être utile d'en préciser certains aspects (Encadré V).

Illustration clinique. Cette femme en psychothérapie décrit des comportements et des états mentaux de son mari qui suggèrent qu'il maintient une consommation itérative d'héroïne, ce que la patiente ne semble pas avoir décelé. Le psychiatre n'informe pas la patiente

Encadré V. Thèmes de l'information du patient au sujet de son entourage

- **Vie privée.** Expliciter (ou non) que tel membre de l'entourage du patient présente un trouble psychiatrique.
- **Vie professionnelle.** Expliciter (ou non) que le système professionnel est l'expression de l'éthologie de la dominance, plus souvent que de celle de la compassion et de l'entraide.
- **Organisation du système de soins.** Expliciter les conditions de remboursement des traitements ou de perte de salaire et les processus d'obtention d'aide sociale ou de rente d'invalidité.

de sa suspicion. **Commentaire.** Comment décider si la non information de cette patiente par le psychiatre est judicieuse ? Un dilemme que des questions comme « Pensez-vous que votre mari continue de prendre de l'héroïne ? » ne résolvent pas, car les poser suggère la réponse.

Illustration clinique. Cette femme ne comprend pas et s'offusque des comportements de son mari. L'anamnèse suggère que celui-ci présente un syndrome d'Asperger peu sévère mais évident. L'information donnée par le thérapeute fut limitée à expliciter le manque de compréhension du mari des messages implicites et émotionnels dans la relation humaine et son acharnement à ne pas dévier d'une règle ou d'une décision antérieure prise par le couple. **Commentaire.** Évoquer le diagnostic d'Asperger sans avoir examiné le mari ni prévu d'examen neuropsychologique aurait été un abus ; cela aurait par ailleurs incité l'épouse à consulter Internet à ce sujet, voire à précipiter une volonté de divorce.

Illustration clinique. Cette femme âgée de 40 ans se dévoue dans son travail depuis une dizaine d'années, au point d'en avoir négligé sa vie personnelle. Depuis 2 ans, son chef direct est devenu désagréable, usant de harcèlement, menant la patiente à un état d'épuisement et de dépression, avec un arrêt de travail depuis 7 mois. Le thérapeute explique le peu de probabilité qu'une action en justice contre le patron aboutisse, avec le prix financier et psychologique d'une telle action. La patiente ne comprend pas que l'assurance perte de gain ne comprenne pas la gravité de sa situation psychologique. Le thérapeute commente que l'assurance veut minimiser ses pertes et que la patiente représente un « sinistre » au sens asséculologique et que l'expert psychiatre mandaté pour l'évaluer rendra service à l'assurance s'il considérait qu'elle peut reprendre le travail. **Commentaire.** Les patients qui souffrent deviennent hypersensibles au manque de compassion d'autrui, surtout des personnes qu'ils ont aidées et soutenues et qui ne prennent pas de nouvelles. Est-il nécessaire de rappeler aux patients que le système professionnel est l'expression de l'éthologie de la dominance et du profit, plus que celle de l'entraide ?

Information au sujet des traitements

J'ai fait des propositions à ce sujet en fin de chaque chapitre traitant d'un trouble psychiatrique en tenant compte, lors-

que faire se pouvait, des données de la psychiatrie fondée sur des preuves (données probantes), des recommandations d'experts (*guidelines*) et des directives de pratique clinique.

Information à l'entourage du patient

Les données au sujet de sa maladie appartiennent au patient (secret médical). Si celui-ci autorise le médecin à informer ses proches (conjoint, parents, enfants, voire amis ou employeurs), il y a lieu alors de décider d'entente avec le patient de ce qui sera dit lors de ces entretiens.

Illustration clinique. Ce père d'un fils âgé de 18 ans est fâché d'apprendre que son fils, qui présente des traits autistiques, a échoué à son année d'étude sans que le psychologue scolaire qui suivait le fils ne l'informe des difficultés en cours d'année. La réponse du psychologue fut que le fils étant devenu majeur, il n'y avait pas lieu d'informer les parents. **Commentaire.** Une application stricte du principe de respect du secret de fonction complique assez systématiquement l'aide que les proches apportent à un patient déficient mental, psychotique ou dément.

Illustration clinique. Cette épouse téléphone au psychiatre traitant de son mari pour demander si les troubles de mémoire de son mari ne sont pas de nature de la maladie d'Alzheimer et s'il ne faudrait pas prescrire de l'Exelon®. **Commentaire.** Les proches du patient posent des questions quant au pronostic et au traitement que le médecin n'a parfois pas discutées avec le patient : les principes de la transparence dans les informations et du secret médical ne sont pas faciles à respecter dans ces cas ; le thérapeute peut-il imaginer enfreindre ces principes s'il est convaincu que cela rend service au patient et à son entourage ?

COMPLEXITÉ DU TRAITEMENT

Les enjeux du traitement consistent à prédire la marge des améliorations possibles, à choisir le traitement le plus à même d'atteindre ces améliorations, préférentiellement en se fondant sur les mécanismes postulés à l'origine du trouble et sur des données de la psychiatrie fondée sur des preuves. Ceci n'est pas aisé, comme l'illustrent des chapitres du volume II et de ce volume.

Des cliniciens prescrivent les médicaments psychotropes comme s'il s'agissait d'une forme de cuisine : « Un chouia de rispéridone avec une lichette d'oxazépam pourrait faire l'affaire... » Parfois, des cliniciens choisissent des options thérapeutiques hors de celles reconnues sur le plan clinique ou pharmacologique.

Illustration clinique. Associer du moclobémide à l'escitalopram revient à construire un antidépresseur ayant un mode d'action potentiellement intéressant. Dans 3 cas, cette association a été très appréciée des patients, avec un contrôle à long terme (semaines ou mois) des symptômes de dépression chronique. Chez 2 autres patientes, âgées de respectivement 74 et 79 ans, la première dose d'escitalopram ajoutée au moclobémide a été suivie d'une perte de

connaissance survenant dans l'heure après la prise, heureusement chaque fois sans traumatisme physique dû à la chute. **Commentaire.** Les inventions thérapeutiques idiosyncrasiques d'un clinicien ne peuvent être basées sur la médecine fondée sur des preuves que si le clinicien a étudié un nombre suffisant de patients pour quitter le registre des anecdotes.

J'ai présenté l'influence des modèles de la psychiatrie sur les décisions thérapeutiques des psychiatres (volume I, chapitre 1). Ces modèles influencent également les médecins non psychiatres.

Illustration clinique. Lors de la consultation avec son psychiatre, cette femme rapporte les paroles de son médecin généraliste consulté la semaine précédente. Il a dit : « Comment ça, vous n'avez pas encore décidé de divorcer ? Qu'attendez-vous ? » **Commentaire.** Il est difficile de savoir, au cas par cas, quand il est judicieux de se prononcer de façon péremptoire sur des données non médicales, dans un but psychothérapeutique.

Illustration clinique. Cette patiente bipolaire âgée de 80 ans est hospitalisée après une chute nécessitant une anesthésie générale pour intervention sur le poignet. Elle se réveille de l'anesthésie euthymique, comme elle l'était durant les semaines précédentes. À cause de troubles du rythme (des extrasystoles qui étaient connues depuis des années), le métoprolol est prescrit. La clomipramine qu'elle prend chroniquement en prévention de rechute dépressive à raison de 75 mg par jour, associée à la lamotrigine, 200 mg par jour sont interrompues. Deux jours après la sortie de la courte hospitalisation, la patiente présente une rechute dépressive caractérisée, comme lors des rechutes précédentes, par une anxiété importante et un repli sur elle-même à cause de symptômes de phobie sociale. **Commentaire.** Le métoprolol est-il utile en remplacement de la clomipramine, un médicament connu pour diminuer la fréquence des extrasystoles ventriculaires ? Le métoprolol est-il utile par rapport à l'anxiété de la patiente ? L'arrêt des médicaments psychotropes et 5 jours de traitement par métoprolol seraient-ils à l'origine de la décompensation de ce trouble bipolaire ? Certaines de ces questions restent insolubles, dans le sens que la probabilité de telle ou telle répercussion ne peut être établie avec plus de précision que 50/50, le hasard. Et face aux situations cliniques, il faudrait pourtant adapter le traitement, alors même que l'adaptation est indécidable.

COMPLEXITÉ DE LA PSYCHOLOGIE

Confronté à une même situation, les conclusions et les réactions individuelles dépendent des expériences de vie antérieures, des relations sociales, de la culture et de la génétique et épigénétique de la personne, donc des acquis et de l'inné. Un système nerveux central fonctionne par des programmations acquises, une forme de *software*, qui s'ajoutent à des réponses instinctives, élaborées pour certaines.

Illustration clinique. Pour un même niveau d'amnésie, les personnes âgées peuvent soit avoir des idées de concernement puisqu'on leur vole des objets, soit s'énerver répétitivement d'un épisode de

leur vie en oubliant qu'elles viennent d'en parler, soit vivre heureuses puisqu'elles oublient les événements pénibles anciens et récents de leur vie. **Commentaire.** Le tempérament module la présentation des troubles psychiatriques.

Par Julien Offray de La Mettrie (1709-1751) : « Rien ne prouve mieux qu'il est un bonheur de tempérament, que tous ces heureux imbéciles que chacun connaît, tandis que tant de gens d'esprit sont malheureux. » Le constat de La Mettrie se trouve illustré dans la chanson de 1946 *I Got the Sun in the Morning (and the Moon at Night)*, composée par Irving Berlin (1888-1989) et chantée par Marilyn Monroe (1926-1962) : « *Checking up on what I have and what I haven't / What do I find? / A healthy balance on the credit side / Got no diamond, got no pearl, still I think I'm a lucky girl / I got the sun in the morning and the moon at night / Got no mansion, got no yacht, still I'm happy with what I got / I got the sun in the morning and the moon at night / Sunshine gives me a lovely day / Moonlight gives me the Milky Way* ». Ce constat est validé par la découverte qu'une sensibilité augmentée à des stressseurs mineurs est un endophénotype du risque de souffrir d'un épisode de dépression (Wichers et al., 2007). Les situations cliniques ci-dessous portent sur l'individualité des réponses psychologiques et comportementales.

Illustration clinique. Le chercheur en neurosciences John Lilly (1915-2001) a exploré l'activité cérébrale humaine en l'absence de stimulus, afin de montrer que cette absence induit le sommeil. Ceci l'a mené à inventer le caisson de privation sensorielle, à savoir de grandes baignoires couvertes et insonorisées, contenant une eau très salée, maintenue à 34 degrés : la personne reste en flottaison sur le dos, dans une situation d'apesanteur relative (Jeffrey et Lilly, 1990). John Lilly a ressenti dans ce caisson des états mentaux particuliers, riches, similaires à des rêves; il a exploré et décrit plusieurs niveaux de la conscience. Un collègue psychiatre a dit ne rien sentir du tout dans ces conditions d'isolation; d'autres personnes ont eu des hallucinations cénesthopathiques, d'autres des attaques de panique. **Commentaire.** La privation sensorielle en caisson de privation sensorielle, considérée comme un instrument possible de lavage de cerveau, serait un outil thérapeutique potentiel pour quelques personnes non claustrophobes.

Illustration clinique. John Lilly, encore lui, a consommé des drogues pour explorer les mécanismes de la conscience, pour cartographier son monde intérieur. Il a abusé de kétamine, pratiquant jusqu'à une injection chaque heure durant des jours; ceci l'a mené à vouloir parler au président des États-Unis pour l'avertir de la menace d'extra-terrestres mal disposés, menace qui lui avait été révélée par des extra-terrestres amicaux. Durant ces périodes d'abus de kétamine, il restait capable d'animer des séminaires appréciés des participants. **Commentaire.** Il n'est pas donné à toute personne en état psychotique secondaire aux psychostimulants de donner des conférences sans choquer le public, même celui des années 1980 en Californie.

L'environnement culturel, philosophique, politique et religieux peut déterminer l'état mental des personnes.

Illustration clinique. Par Pasquier Quesnel (1634-1719) : « Celui qui a la foi, loin de regarder la mort comme son ennemie et de la fuir comme son malheur, devrait aller au-devant d'elle par ses désirs, et la recevoir, quand elle se présente, comme sa libératrice et comme une amie qui le décharge d'un fardeau pesant et incommodé pour le faire passer d'un pays ennemi dans un lieu de sûreté, et de la région de la mort au séjour aimable et délicieux de la vie bienheureuse. » **Commentaire.** Les fascinations issues de convictions religieuses ont perdu de leur prégnance auprès des habitants de plusieurs pays de l'Europe de l'ouest, même si la religion détermine encore les mentalités et les comportements.

COMPLEXITÉ DES FONCTIONS CÉRÉBRALES SUPÉRIEURES

Les états mentaux et les comportements résultent de la formation personnelle (éducation, religion, etc.) et de la qualité des fonctions cérébrales supérieures (volume I, chapitres 3 à 15).

Illustrations cliniques. Cette femme âgée de 30 ans ne lisait que très rarement; elle peut se concentrer et lire durant une heure depuis la prescription de méthylphénidate, avec comme autre conséquence une gestion moins agitée de ses contacts sociaux. Cet homme de 65 ans, consommateur d'alcool de toute une vie, interrompt brutalement ses relations à autrui lors de frustrations mineures engendrant des crises de colère. **Commentaire.** Identifier les dysfonctions au niveau des fonctions cérébrales supérieures de mémoire, attention, conscience et d'autres fonctions cérébrales supérieures permet de préciser le diagnostic.

Illustration clinique. Ce jeune homme est considéré intelligent par son psychologue, qui s'étonne de ses échecs universitaires. Un examen neuropsychologique montre que le patient a un QI performance de l'ordre de 90. **Commentaire.** L'étude quantitative des fonctions cérébrales supérieures par l'examen neuropsychologique rend service.

Les fonctions cérébrales supérieures ont leurs limites intrinsèques (volume I, chapitres 3 et 39), qui compliquent les rapports sociaux. De Charles Ferdinand Ramuz (1878-1947), au sujet de la première guerre mondiale, dans la Tribune de Lausanne : « ... On dit que les canons partent tout seuls. Mais songeons bien que de tout temps les mèches sont restées allumées... L'homme est toujours pareil à lui-même. Ce qui se passe seulement, c'est que dans les moments de crise, il se montre tout entier. C'est pourquoi il est à la fois meilleur et pire, développant soudain en lui toutes les possibilités, de l'extrême héroïsme à l'extrême dévouement aux plus bestiales violences. » Et de Sigmund Freud (1856-1939), dans *Malaise dans la civilisation* : « ... son prochain n'est pas seulement pour lui un aide éventuel et un objet sexuel, mais aussi une tentation de satisfaire sur lui son agressivité, d'exploiter sa force de travail sans dédommagement, d'user de lui sexuellement sans son consentement, de prendre possession de ses biens, de l'humilier, de lui causer des souff-

frances, de le martyriser et de le tuer. » Freud voyait en la *compassion*, la *pudeur* et le *dégoût* les 3 dimensions émotionnelles et cognitives à même d'apporter des limites à ces pulsions agressives.

COMPLEXITÉ DE LA PHYSIOLOGIE CÉRÉBRALE

La neuroimagerie cérébrale (volume I, chapitre 33) a permis de préciser les groupes de régions cérébrales impliquées dans les émotions, pensées et actions, étudiées dans le contexte artificiel de protocoles expérimentaux et dans celui de lésions dues aux traumatismes, infections et maladies neurodégénératives : ces travaux indiquent des corrélations étroites entre certains symptômes psychiatriques et certaines lésions visibles en neuroimagerie. Cependant, déchiffrer les fonctions cérébrales supérieures en termes de régions cérébrales activées ne permet pas de prévoir l'état émotionnel de la personne, ni de rendre compte du contenu de ses idées et projets, même si des auteurs de travaux en neuroimagerie arrivent à de telles identifications, une version scientifiquement établie de la phrénologie.

COMPLEXITÉ DE LA BIOLOGIE CÉRÉBRALE

L'exploration de la biochimie du système nerveux a mis en évidence les multiples systèmes enzymatiques et contre-régulations intracellulaires et intercellulaires. Cette complexité se retrouve au niveau de la physiopathologie. Ainsi, le nombre de délétions ou duplications (*copy number variation* ou CNV) *de novo* augmente le risque d'autisme (Sebat et al., 2007) et ce nombre varie même entre neurones d'une même personne (McConnel et al., 2013) : chaque neurone aurait son individualité, ses caractéristiques propres, par contraste aux cellules hépatiques ou rénales dépourvues en théorie de cette individualité.

COMPLEXITÉ DE LA GÉNÉTIQUE

La majorité des phénotypes normaux ou non sont d'origine multigénique ; alors que l'héritabilité de la taille corporelle est de 0,80, les 40 modifications génétiques associées à la taille n'expliquent que 5 % de sa variance phénotypique, justifiant la continuation des études de l'ensemble du génome humain afin de mieux comprendre l'hérédité à transmission multigénique (Manolio et al., 2009***), si fréquente en pathologie. En effet, il y a peu de gènes dominants dont le lien avec la maladie est étroit, comme *BRCA1* et *BRCA2* dans le cas du cancer du sein ou *FAP* dans celui du colon.

Les troubles psychiatriques ont une nature polygénique dans la majorité des cas, avec les caractéristiques suivantes. Premièrement, des modifications génétiques fréquentes dans la population ont une influence très faible sur la survenue de la maladie et c'est l'association de plusieurs de ces modifications qui augmente le risque. Deuxièmement, des modifications rares, découvertes ou à découvrir, ont une influence plus importante sur la survenue du trouble. Troisièmement, et ceci n'est pas à proprement parler une question de génétique, les populations étudiées sont cliniquement hétérogènes. Sur le plan méthodologique, cette nature polygénique impose d'étudier un grand nombre de personnes pour quantifier le rôle d'un polymorphisme donné et exclure les faux positifs. Il faut environ 10 000 personnes atteintes comparées à un même nombre de personnes non atteintes pour mettre en évidence une modification génétique ne conférant qu'un risque minime de souffrir d'un trouble, par exemple un risque relatif (*odds ratio*) aux alentours de 1,1. Les études de configurations de polymorphismes ont une plus grande puissance, au sens statistique.

Information génétique

Idéalement, les prédictions médicales permettent au patient une réorganisation harmonieuse de son existence. Dans une revue de 41 études portant sur les suites d'un examen génétique de plusieurs maladies neurodégénératives, Paulsen et ses collaborateurs (2013***) concluent, lorsque la prédiction confirme un destin qui n'était qu'une crainte (comme on l'observe chez la descendance d'un parent atteint de la maladie de Huntington, d'une maladie d'Alzheimer ou de Parkinson précoce), que la survenue de dépression et anxiété n'est pas systématique et que la majorité des personnes ne regrettent pas d'avoir demandé le test et estiment avoir bénéficié de l'information génétique (il faudra étudier la personnalité des futurs patients qui s'effondrent à l'annonce d'un résultat génétique défavorable).

Pour le futur

Les travaux de génétique auront un impact pour la classification des troubles mentaux, en identifiant les anomalies génétiques communes à tel ou tel trouble et en mettant en relation les configurations d'anomalies génétiques avec les catégories cliniques. Cela a été fait, par exemple, au sujet des troubles sexuels chez la femme, en étudiant 2,5 millions de SNP (Burri et al., 2012). Des entreprises développent des tests génétiques de prédiction, en vue d'une médecine *génomique*, *protéomique* ou *épigénomique*, certainement des progrès à suivre. Des anomalies génétiques dépassant le cadre d'un trouble donné (*transcending clinical boundaries*) permettraient de reconsidérer la classification clinique (Smoller, 2013). Ceci sera techniquement complexe, par exemple pour rendre compte de l'association, sur le plan

épidémiologique, génétique et physiopathologique entre le déficit de l'attention/hyperactivité et le trouble bipolaire, ainsi que la schizophrénie (Faraone, 2013).

COMPLEXITÉ DE LA SITUATION SOCIALE

Les humains apprécient ceux qui leur ressemblent et cette reconnaissance du similaire et du compatible imprègne les relations thérapeutiques, le transfert et le contre-transfert. Ceci expliquerait que des psychiatres apprécient de traiter tels ou tels patients plutôt que d'autres et que les patients apprécient plus ou moins tel ou tel thérapeute, des domaines encore peu explorés.

COMPLEXITÉ DE LA SANTÉ PSYCHIQUE ET CÉRÉBRALE

Neurogenèse

Une série de facteurs favorisent la neurogenèse de neurones dans l'hippocampe, principale structure cérébrale où apparaissent de nouveaux neurones. L'exercice physique augmente la neurogenèse dans l'hippocampe de souris adultes, avec un effet sur la mémorisation (van Praag et al., 1999^{***}). L'exercice peut contrebalancer en partie l'influence négative des stressés et des hormones de stress sur la neurogenèse au niveau de l'hippocampe (Amacker et al., 2013^{***}). L'effet bénéfique de l'exercice se ferait aussi par le biais de l'inhibition de la formation de la kinurénine (Moon et van Praag, 2014^{***}), un métabolite neurotoxique de la sérotonine (Oxenkrug, 2010^{***}). La restriction de calories, le jeûne intermittent (ne manger que durant 5 heures chaque 24 heures), les acides oméga-3, le resvératrol (dans le raisin), la caféine sont des approches favorisant la santé cérébrale (van Praag, 2009^{***}; Murphy et al., 2014^{***}) et diminuant le risque de dépression.

La neurogenèse est atteinte lors de dépression, lors de démences, lors de chimiothérapie anticancéreuse (expliquant peut-être que des patients dont la tumeur est guérie restent chroniquement déprimés) et bien d'autres situations.

Réseau par défaut

Le réseau par défaut (*default mode network*) a été mis en évidence lors des premières études de neuroimagerie fonctionnelle sur les corrélats cérébraux de la fonction d'attention : lorsque les volontaires dirigeaient leur attention sur une tâche, une série de structures étaient métaboliquement plus actives, selon la tâche. Lorsqu'ils laissaient leurs idées divaguer, durant les intervalles entre les tests, étonnamment, un autre réseau cérébral devenait métaboliquement plus actif, à savoir le réseau par défaut. Le contenu des

pensées concomitantes à l'activation de ce réseau est surtout égo-centré : la personne pense à toutes sortes de choses, mais avant tout des choses qui la concernent.

En demandant à des personnes si elles étaient attentives ou distraites de toute tâche à différents moments de la journée, il fut noté que les moments de distraction (implicitement ceux d'activation du réseau par défaut) étaient suivis d'une baisse de l'humeur. Garder son esprit actif ou apprendre à méditer et à augmenter son attention au moment présent, des stratégies reconnues utiles lors de dépression, seraient des moyens de passer moins de temps dans une rêverie égo-centrée (rêverie à distinguer de celle au sujet du monde et de la création); la méditation de pleine conscience influence le fonctionnement du réseau par défaut (Brewer et al., 2011^{***}; Shaurya Prakash et al., 2013^{***}).

Individuation

L'individuation comporte pour la personne la compréhension du principe de réalité et des frontières du soi, à savoir une bonne identification de l'origine de ses propres émotions et pensées par rapport à celles d'autrui. Lors de manque d'individuation, il y a identification projective et la personne ressent ses émotions par adhésion à autrui.

Illustration clinique. Cette femme âgée d'une quarantaine d'années a vécu des maltraitances dans l'enfance. Elle porte le deuil d'un père alcoolique et elle-même a longtemps abusé d'alcool. Elle est sans formation professionnelle et au chômage depuis 2 ans. Le conflit avec sa mère est ouvert et grave. Lors d'une première consultation, elle raconte ses difficultés en pleurant sans pouvoir se contrôler durant toute la séance. Entre les larmes, elle déclare : « Vous avez l'air de vous ennuyer », un peu après : « Je sens que cela ne va pas le faire entre nous. » et encore après : « Je voulais vous demander, est-ce que je suis borderline ? » **Commentaire.** L'individuation et la gestion des émotions sont problématiques lors de plusieurs diagnostics psychiatriques caractérisés par la difficulté de faire la différence entre processus émotionnels et intellectuels, par exemple quand l'intuition émotionnelle est de qualité, mais que la personne fait mal la différence entre ressentir et penser.

COMPLEXITÉ INSTITUTIONNELLE

Le métier de psychiatre expose aux interactions avec les collègues, les infirmiers, les administrateurs et les hommes de loi.

Les services infirmiers sont devenus indépendants des services médicaux, avec leur hiérarchie propre; ceci fut justifié par la spécificité du travail infirmier en psychiatrie, mais la frontière entre cette spécificité et celle du psychiatre peut ne pas être bien définie. Les interactions ne sont pas simples lorsque les soignants, psychiatre compris, se confrontent à leurs limites, erreurs, vanités et sensibilités.

Illustration clinique. Cet infirmier décline qu'il refuse le traitement médicamenteux prescrit par le médecin pour ce patient hospitalisé.

Commentaire. Une source de conflits dans les hôpitaux psychiatriques ressort de ce que les médecins sont jeunes, en formation et les infirmiers aguerris et connaissant bien le métier.

Illustration clinique. « Je vais te tuer salope, qu'il disait. Il a même mis des trucs dans la bouffe pour que je dorme, je dormais des heures et des heures, j'ai cru que j'étais enceinte. Quand il voulait aller aux putes, il me foutait à dormir. Je suis pas une pute, je suis ta femme, tu vas pas me demander des faveurs sexuelles. Premièrement, psychiquement, j'ai failli être folle, je ne comprenais pas ce qui se passait. Il venait à mon travail, je disais c'est qu'il m'aime, les amis disaient non, il vient te surveiller. Il a caché ma carte d'identité; tu peux pas retourner dans ton pays, parce que tu es une folle. J'ai récupéré la carte d'identité, mais pas les photos. La police est venue et il avait déjà vidé le placard, j'ai pas une seule photo. Je dois psychiquement me guérir de tout ça et je dois aussi aller contre l'avocat qui essaie de me foutre dans le trou maintenant. Je sais ce que je dois faire, j'ai juste pas l'énergie pour le faire. » **Commentaire.** Pour certaines prises en soins, le psychiatre doit connaître l'organisation des systèmes juridiques et d'aide sociale.

QUESTIONS ET CONTROVERSE

Et les sous-spécialités en psychiatrie ?

Ces sous-spécialités sont la psychiatrie gériatrique, la psychiatrie légale, la pédopsychiatrie, la neuropsychiatrie ou psychiatrie biologique, l'ethnopsychiatrie, la psychiatrie de guerre et de catastrophes, la psychiatrie du travail, la psychosomatique, pour citer les principales. Peu sont avalisées par un diplôme officiel de spécialisation.

De plus, la formation ne couvre pas le champ d'activité des psychiatres et des psychologues cliniciens : ils sont consultés pour des situations de vie telles que le divorce, le harcèlement dans la famille ou au travail, les conflits entre enfants et parents, les répercussions d'accidents, de pertes et de maladies, de proximité de la mort. Les soins à ces personnes demandent des interventions et des compétences qui ne découlent pas d'un apprentissage de métier fondé sur les catégories des troubles du DSM ou de la CIM !

Quelles évolutions possibles du rôle des psychiatres ?

Le *colloque singulier* tend à perdre son relent d'*art médical* : le médecin y intègre la matérialité des données épidémiologiques et thérapeutiques ramenant le patient à un ensemble de facteurs de risque, qu'il s'agit d'influencer. Le médecin devient un exécutant appliquant des recommandations officielles, lors d'une rencontre patient/médecin qui devrait rester unique et individuelle.

Les psychiatres recevant un salaire horaire plus élevé que d'autres soignants en psychiatrie, en psychologie et en éducation ou travail social, il est possible, dans le contexte de restrictions budgétaires, que leur rôle dans l'application quotidienne des soins diminuera, au profit d'un rôle de

Encadré VII. Domaines d'intervention potentiels de la psychiatrie

- **Éducation** : étude de conditions optimales pour les apprentissages et pour un développement des élèves.
- **Éthologie** : étude des causes d'inhibition et de facilitation de comportements sociaux favorables ou non à l'individu, souvent délétères au groupe social et à l'environnement.
- **Sociologie** : étude des conditions architecturales et urbanistiques, ainsi que des conditions des milieux de travail favorables à l'être humain.
- **Écotoxicité** : étude des répercussions psychiatriques des pollutions par les métaux, les insecticides, les activités industrielles, les plastiques, etc.
- **Polémologie** : étude des causes et des mécanismes des conflits armés.

consultant et conseiller. Des *Health Maintenance Organizations* (HMO) des États-Unis appliquent la règle suivante : lors d'un épisode de décompensation psychiatrique, la personne peut faire rembourser, à choix, quelques séances chez un psychiatre, un nombre plus élevé chez un psychologue clinicien et un nombre encore plus élevé chez un travailleur social.

Les psychiatres pourraient ne plus être le référent central dans le traitement, sauf pour les cas les plus sévères. Seront-ils plus impliqués dans l'évaluation de groupes humains, comme l'anthropologue, le sociologue ou l'économiste ? Des psychologues et des psychiatres se prononcent quant aux conditions optimales théoriques pour l'éducation des enfants, pour l'organisation des institutions de personnes âgées, pour la gestion des stressés au travail. On peut imaginer d'autres domaines où les psychiatres pourraient intervenir (Encadré VII), en collaboration avec d'autres spécialistes.

J'ai l'espoir (ou l'utopie) que les psychiatres seront impliqués dans les domaines de l'Encadré VII. Mais qui leur demandera d'attester des évidences de l'aspect malsain de grands ensembles, d'appartements petits et mal insonorisés, de la consommation d'alcool et autres drogues, d'heures passées dans les transports ? Tout cela est connu, toléré et on ne sait comment mettre sous contrôle les spéculations financières, financer des soutiens sociaux, ni comment diminuer le niveau de la toxicité chimique de l'environnement. Le psychiatre ne sera-t-il qu'un faible consolateur (un *emplâtre*) face à la dégradation du milieu humain ? Il se peut que les psychiatres et les psychologues ne participent ou ne participeront en rien à une amélioration du monde, tel que le voit Albert Caraco (1917-1971) dans le *Bréviaire du chaos* (1982***), lecture indiquée à tout psychiatre dysthymique : « *Le monde, que nous habitons, est dur, froid, sombre, injuste et méthodique, ses gouvernants sont ou des imbéciles pathétiques ou de profonds scélérats, aucun n'est plus à la mesure de cet âge, nous sommes*

dépassés, que nous soyons petits ou grands, la légitimité paraît inconcevable et le pouvoir n'est qu'un pouvoir de fait, un pis-aller auquel on se résigne ... La farce est terminée, la tragédie commence, le monde se fera toujours plus dur, plus froid, plus sombre et plus injuste, et malgré le chaos envahissant, toujours plus méthodique : c'est même l'alliance de l'esprit de système et du désordre qui me paraît son caractère le moins contestable, jamais il ne se verra plus de discipline et plus d'absurdité, plus de calcul et plus de paradoxes, enfin plus de problèmes résolus, mais résolus en pure perte. »

Combien de variances ?

J'utilise le terme de variance pour décrire la totalité des facteurs qui interviennent dans la variabilité (la survenue) d'un phénomène donné. Ainsi, le diagnostic d'un mongolisme s'explique entièrement par la trisomie 21 : cette anomalie génétique explique quasiment 100 % de la variance. Pour la majorité des diagnostics, la variance est expliquée par une série de facteurs tels qu'événements de vie, soutien social, anamnèse familiale, génétique, etc. Il peut être ardu de quantifier la part de chaque facteur à la variance totale. De plus, les facteurs connus n'expliquent pas toujours, loin s'en faut, la variance d'une situation clinique ou d'une réponse au traitement. Pour reprendre l'exemple du mongolisme, la génétique n'explique évidemment pas 100 % de la variance des comportements d'un patient atteint de cette maladie : une irritabilité peut être due avant tout à une mauvaise relation avec un membre de la famille ou de l'équipe institutionnelle. Le processus du diagnostic exige d'identifier les facteurs de la variance de la présentation clinique, alors que le processus du traitement exige d'identifier les facteurs de la variance du succès ou de l'échec du traitement ; quelques facteurs se retrouvent en commun dans les 2 processus. En résumé, autant de phénomènes, autant de variances de ceux-ci.

Que penser du diagnostic psychiatrique lorsque les personnes ont été longuement compensées cliniquement ?

Faut-il maintenir les diagnostics psychiatriques chez des personnes qui n'ont plus présenté de décompensation depuis des années, soit après un état mélancolique ou maniaque initial sans récurrence après 2 à 4 décennies, soit après disparition de comportements antisociaux ?

Illustration clinique. Cette patiente âgée a des antécédents de symptômes positifs de psychose et un diagnostic de trouble schizophrénique a été posé, de type paranoïde. Actuellement, la patiente vit dans une institution pour personnes âgées et son diagnostic psychiatrique est celui de trouble de l'adaptation. Ce nouveau diagnostic donne une description adéquate du niveau de fonctionnement de cette patiente. **Commentaire.** Le diagnostic de trouble

schizophrénique peut être mentionné dans les antécédents ; mais quel délai sans symptôme permet-il de conclure que la patiente n'est plus schizophrène ?

Et la pasteurisation de la psychiatrie ?

J'appelle *pasteurisation* de la psychiatrie, par analogie avec les découvertes de Louis Pasteur (1822-1895), l'accent mis sur des causes identifiables comme le sont les bactéries ou les parasites digestifs trouvés dans les selles. En psychiatrie, les hypothèses mécanistiques biologiques, de nature concrète, remplacent progressivement les hypothèses mécanistiques psychiques, de nature abstraite. La *pasteurisation* rassure en faisant croire qu'un changement organique mesurable explique la situation clinique mieux que ne le font les impalpables hypothèses psychiques. Cette évolution modifie le choix des invariants, catégoriels ou dimensionnels, fondant le diagnostic. Un exemple est le cas du trouble obsessionnel-compulsif : penser qu'une anomalie des boucles cortico-sous-corticales ou qu'une réaction auto-immune et augmentation de volume des ganglions de la base explique ce syndrome remplace l'interrogation quant au rôle de l'éducation à la propreté ou à une identification projective par adhésion à autrui. On ne prévoit alors plus que les symptômes obsessionnel-compulsifs diminueront si la personne s'individualise grâce au traitement de traits de personnalité schizoïdes ou obsessionnels, mais on vise le rétablissement de réseaux neuronaux (dans les faits, les antidépresseurs agissant sur la sérotonine et la thérapie cognitivo-comportementale ont une efficacité reconnue, la stimulation électrique intracrânienne est à l'étude). Un autre exemple est le déficit de l'attention/hyperactivité : l'hypothèse mécanistique d'un déficit de l'inhibition des impulsions par le cortex préfrontal est une entrave à l'étude de ces patients en termes de particularités de leur personnalité.

Les cliniciens et chercheurs ayant conçu les systèmes successifs de classification CIM et DSM ont eu comme premier objectif d'énoncer des critères permettant de grouper les patients selon des configurations homogènes d'abord selon des évaluations psychodynamiques et de structure de personnalité et plus récemment selon des critères avant tout cliniques, fondés sur des hypothèses biologiques : les toxicomanes et les sociopathes sont devenus des personnes souffrant de maladies cérébrales.

Dévalorisation du psychisme

La construction des classifications CIM et DSM a abouti à la dévalorisation, voire la disparition du rôle du psychisme, comme le commente Philippe Pignarre (1952-) dans un livre de 2003 au sujet de l'industrie pharmaceutique : « La vieille entité de psychisme, qui paraissait pourtant si solide et si installée, ne convenait absolument pas à la nouvelle psychiatrie organisée autour des essais cliniques. Elle a donc

totallement disparu de toutes les grandes revues de psychiatrie (qui sont de langue anglaise), ainsi que des manuels de référence, sans que personne ne lui fasse même un enterrement digne de ce nom... Il n'était même pas utile de la réfuter, tellement on s'en est éloigné rapidement. Par quoi a-t-elle été remplacée ? Par une pragmatique constituée d'un ensemble de comportements repérables et qui seraient mesurables, ayant tous en commun de permettre de former des groupes de patients pour les essais cliniques, indépendamment du contenu de leur expérience subjective et de leur passé individuel, ce qui signifie aussi indépendamment de toute interprétation en termes d'intentionnalité, de conflit intrapsychique. » La critique est justifiée et récurrente. Elle est aussi bidirectionnelle; Henry Baruk (1897-1999) écrivait en 1954 au sujet du développement alors récent de la psychosomatique aux États-Unis, une approche qui remplaçait des thérapeutiques chirurgicales mal évaluées par des psychothérapies, les troubles fonctionnels nerveux cessant d'être minimisés : « Toutefois, il faut se défier de passer d'un excès à l'autre. En généralisant de nouveau l'importance des facteurs psychiques, on risque de méconnaître des maladies organiques et de ne pas les traiter. »

Certes, les classifications CIM et DSM récentes tiennent peu compte du psychisme, mais elles visent à une pratique psychiatrique qui rende compte des symptômes cliniques manifestes, ainsi que de l'évolution temporelle des syndromes et de l'origine organique de certains troubles. Ceci est préférable à une classification qui ne serait fondée que sur le psychisme, selon les modèles psychanalytiques, classification de grande complexité avec un risque de méconnaître les éventuelles causes organiques des troubles.

Illustration clinique. *Ce jeune psychiatre assiste à la présentation d'un patient à plusieurs psychanalystes. Chacun de ces psychanalystes a une évaluation fort différente du patient : est-ce le même dont ils parlent ?* **Commentaire.** *Les discussions pour poser tel ou tel diagnostic CIM ou DSM ne sont parfois pas plus simples !*

PROPOSITIONS QUANT AU MÉTIER DE PSYCHIATRE

Un des enjeux pour le psychiatre est de réactualiser régulièrement son modèle du trouble mental et de la personnalité pathologique, en fonction de résultats de travaux cliniques et fondamentaux, voire de changements sociaux. Un deuxième enjeu consiste à intégrer dans ses traitements les innovations en psychiatrie clinique, en psychopharmacologie et en neuroscience, sans céder à l'attrait de chaque nouveauté.

REMERCIEMENT

Fabrice Duval et Davor Komplita ont fait des commentaires et des propositions utiles pour la rédaction de ce chapitre.

BIBLIOGRAPHIE

- Amacker C, Cattaneo A, Luoni A, et al. Glucocorticoid-related molecular signaling pathways regulating hippocampal neurogenesis. *Neuropsychopharmacology* 38:872-883, 2013.**
- Baltimore D, Berg P, Botchan M, et al. A prudent path forward for genomic engineering and germline gene modification. *Science* 348:36-38, 2015.**
- Brewer JA, Worhunsky PD, Gray JR, et al. Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *Proceedings of the National Academy of Science* 108:20254-20259, 2011.**
- Burri A, Hysi P, Clop A, et al. A genome-wide association study of female sexual dysfunction. *PloS One* 7:e35041, 2012.**
- CIM-10. Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes, dixième révision. Organisation Mondiale de la Santé, 1993.
- Dazzan P. Neuroimaging biomarkers to predict treatment response in schizophrenia: the end of 30 years of solitude? *Dialogues in Clinical Neuroscience* 16:491-504, 2014.**
- DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, 2013.
- Evans JP, Skrtzyna C, Burke W, et al. The complexities of predictive genetic testing. *British Medical Journal* 322:1052-1056, 2001.**
- Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder and the shifting sands of psychiatric nosology. *British Journal of Psychiatry* 203:81-83, 2013.
- Hicks BM, Foster KT, Iacono WG, et al. Genetic and environmental influences on the familial transmission of externalizing disorders in adoptive and twin offspring. *JAMA Psychiatry* 70:1076-1083, 2013.**
- Goldberg D. The classification of mental disorder: a simpler system for DSM-V and ICD-11. *Advances in Psychiatric Treatment* 16:14-19, 2010.**
- Gross CG. Aristotle on the brain. *The Neuroscientist* 1:245-250, 1995.
- Jeffrey F, Lilly JC. John Lilly, so far... Tarcher, Los Angeles, 1990.
- Kemieniecki H. Histoire de la Psychosomatique. Presses Universitaires de France, Paris, 1994.
- Kapour S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it? *Molecular Psychiatry* 17:1174-1179, 2012.
- Klasser GD, Rei N, Lavigne GJ. Sleep bruxism etiology: the evolution of a changing paradigm. *Journal of the Canadian Dental Association* 81:f2, 2015.**
- Krueger RF, Markon KE. The higher-order structure of common DSM mental disorders: internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences* 30:1245-1259, 2001.
- Krueger RF, Markon KE. Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology* 2:111-133, 2006.
- Lewis NDC. Reflections on the past, present and future of psychiatry. In: *The Future of Psychiatry*. Hoch PH and Zubin J, ed. Grune and Stratton, New York, 1962.

- Manolio TA, Collins FS, Cox NJ, et al. Finding the missing heritability of complex diseases. *Nature* 461:747-753, 2009.***
- McMahon FJ. The prediction of treatment outcomes in psychiatry – Where do we stand? *Dialogues in Clinical Neuroscience* 16:455-464, 2014.
- Moon HY, van Praag H. Muscle over mind. *Cell Metabolism* 20:560-562, 2014.***
- Mountcastle V. The evolution of ideas concerning the function of the neocortex. *Cerebral Cortex* 5:289-295, 1995.
- Murphy T, Dias GP, Thuret S. Effects of diet on brain plasticity in animal and human studies: mind the gap. *Neural Plasticity* 2014:563160, 2014.***
- Paulsen JS, Nance M, Kim JI, et al. A review of quality of life after predictive testing for and earlier identification of neurodegenerative diseases. *Progress in Neurobiology* 110:2-28, 2013.***
- Oxenkrug GF. Tryptophan kynurenine metabolism as a common mediator of genetic and environmental impacts in major depressive disorder: the serotonin hypothesis revisited 40 years later. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* 47:56-63, 2010.***
- Perneger T, Perrier A. Analyse d'un test diagnostique : courbe ROC ou « *receiver operating characteristic* ». *Revue des Maladies Respiratoires* 21:398-401, 2004.***
- Pignarre P. *Le Grand Secret de l'Industrie Pharmaceutique. La Découverte*, Paris, 2003.
- Reddy SV, Kumar MP, Sravanthi D, et al. Bruxism: a literature review. *Journal of International Oral Health* 6:105-109, 2014.***
- Piguet C, Dayer A, Aubry JM. Biomarkers and vulnerability to bipolar disorders. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy* 167:57-63, 2016.***
- Schwarz E, Guest PC, Steiner J, et al. Identification of blood-based molecular signatures for prediction of response and relapse in schizophrenia patients. *Translational Psychiatry* 2:e82, 2012.***
- Shaurya Prakash R, De Leon AA, Klatt M, et al. Mindfulness disposition and default-mode network connectivity in older adults. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 8:112-117, 2013.***
- Smoller JW. Disorders and borders: psychiatric genetics and nosology. *American Journal of Medical Genetics. Part B. Neuro-psychiatric Genetics* 162:559-578, 2013.
- Tsay CJ. Julius Wagner-Jauregg and the legacy of malaria therapy for the treatment of general paresis of the insane. *Yale Journal of Biology and Medicine* 86:245-254, 2013.***
- Van Noorden MS, van Fenema EM, van der Wee NJ, et al. Predicting outcome of depression using the depressive symptom profile: the Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *Depression and Anxiety* 29:523-530, 2012.***
- Van Praag H, Christie BR, Sejnowski TJ, et al. Running enhances neurogenesis, learning, and long-term potentiation in mice. *Proceedings of the National Academy of Science* 96:13427-13431, 1999.***
- Van Praag H. Exercise and the brain: something to chew on. *Trends in Neuroscience* 32:283-290, 2009.***
- Wagner-Jauregg J. The treatment of general paresis by inoculation of malaria. *Journal of Nervous and Mental Disease* 55:369-375, 1922.
- Wong ML, Dong C, Andreev V, et al. Prediction of susceptibility to major depression by a model of interactions of multiple functional genetic variants and environmental factors. *Molecular Psychiatry* 17:624-633, 2012.***

Chapitre 2

Psychiatrie, culture et société

« Il n’y plus rien à faire : la civilisation n’est plus cette fleur fragile qu’on préservait. L’humanité s’installe dans la monoculture ; elle s’apprête à produire la civilisation en masse, comme la betterave. »
Claude Lévi-Strauss (1908-2009)

- La psychiatrie est une pratique médicale intriquée d’influences sociales, plus que d’autres spécialités médicales.
- Le psychiatre choisit les modèles de la psychiatrie qu’il préfère. Ce faisant, il se situe entre une psychiatrie centrée sur la biologie et les médicaments, une pratique exclusivement psychodynamique et la psychiatrie biopsychosociale, synthèse de plusieurs modèles.
- La prévalence de certains troubles psychiatriques est déterminée par la culture. Par exemple, la dépression, un concept accepté dans la culture occidentale depuis des décennies, ne l’est que récemment dans d’autres cultures. D’autres troubles résultent de conditions sociales, telles que les privations et traumatismes dans l’enfance.
- Les prescriptions de médicaments, d’appareils médicaux et de psychothérapies sont un *marché captif*, dans le sens que le consommateur n’est, en principe, pas celui qui prend la décision de consommation. Tout marché captif fait l’objet d’une publicité intense ciblée sur les décideurs : les prescripteurs doivent se méfier de leur naïveté envers les données scientifiques issues des industries pharmaceutiques.
- Les systèmes de remboursement influencent les modalités des traitements, différemment selon les pays.

INTRODUCTION

Dans son activité clinique, le psychiatre est exposé à, ou se confronte avec, la représentation de la maladie mentale des patients, leurs enjeux et conflits et avec les contraintes du système de santé et de la culture.

Illustration clinique. L’anecdote date des années 1970. Ce neurologue décide de conduire lui-même son patient à la clinique psychiatrique, vu l’urgence de la situation. Arrivé dans le service d’urgence, il ne pouvait dire quelles personnes étaient des soignants ou des patients, car c’était l’époque où beaucoup de médecins et infirmiers portaient des cheveux longs, des sandales et pas de blouse blanche. **Commentaire.** Le personnel soignant en psychiatrie a suivi plus que d’autres spécialistes les modes culturelles.

Ces influences non médicales posent la question de la qualité et de l’éthique de la prestation fournie aux patients

(Green et Bloch, 2001). Le patient a-t-il reçu le meilleur traitement possible ? L’organisation et le financement du système de soins permettent-ils d’offrir ce meilleur traitement possible ?

La nécessité de mise à l’écart des personnes souffrant de troubles psychiatriques est évoquée par Platon (427-347 avant J.-C.), qui recommande de ne pas laisser les fous se promener dans la ville et demande aux familles de garder ces personnes à domicile, pour la bonne tenue de la société. La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, en vigueur dès 2008, établit les fondements juridiques et éthiques de placements et traitements involontaires. De l’ordre de la moitié des entrées à l’hôpital psychiatrique de Genève sont des placements d’office, des hospitalisations non volontaires (Rey-Bellet et al., 2010).

HISTORIQUE DES ASILES

En 1486, un hôpital pour les épileptiques est construit en Alsace. En 1547 à Londres et en 1566 à Mexico s'ouvrent les premiers hôpitaux psychiatriques ; la maison de Charenton à Paris suit en 1641, hôpital dit des *petites maisons* accueillant 200 à 400 personnes. À la fin du xvii^e siècle, commence la période de construction des asiles, surtout dans les pays riches. Certains asiles offrent un séjour à peu près correct, d'autres n'ont rien qui les distingue de prisons. Des internements abusifs ont lieu ; des épouses y sont contraintes à l'internement par leurs maris, dans des sociétés où les femmes n'ont pas d'existence légale permettant une défense en justice.

Durant le dernier tiers du xviii^e siècle, des groupes et associations veulent soulager les souffrances des prisonniers, des esclaves et des malades mentaux. Des personnes en Europe et aux États-Unis consacrent leur temps et leur fortune afin que les hôpitaux psychiatriques deviennent des lieux de soins moins insupportables. En 1848, à Neuchâtel s'ouvre la troisième clinique psychiatrique de Suisse, ouverte à tous, financée par Auguste-Frédéric de Meuron (1789-1852), un industriel ayant fait fortune au Brésil. La situation des asiles s'améliore quelque peu durant la fin du xix^e et le début du xx^e siècle ; les hôpitaux ne sont plus des lieux où l'on parque les patients par milliers, dans de grands dortoirs insalubres, avec peu de personnel soignant, occupés surtout à les empêcher de se blesser ou de blesser autrui.

Illustration institutionnelle. En France, une loi du 30 juin 1838 oblige chaque département à avoir un établissement spécialisé pour les malades mentaux. L'hôpital de Rouffach, proche de Colmar, a été inauguré en 1909. La série de bâtiments a été construite comme une ville idéale, avec un plan de parfaite symétrie, une ligne médiane rectiligne passant du milieu du portail d'entrée au clocher du bâtiment principal et à celui de l'église. Cette ligne séparait la moitié de l'institution pour les femmes de celle pour les hommes. Le personnel (médecins et infirmiers) est peu nombreux et les règles sont strictes : du côté des femmes, seules travaillent des infirmières non mariées. Les seuls hommes autorisés dans ces bâtiments sont le médecin chef et le transporteur responsable de livrer les repas et le linge. On raconte que le médecin chef a tenté vainement de surprendre ce transporteur, qu'il suspectait de conduites inadéquates dans les chambres de femmes : ce dernier aurait été toujours assez rapide pour s'enfuir. **Commentaire.** Le progrès dans l'organisation des hôpitaux a amélioré le sort et le pronostic des patients déjà avant la découverte des traitements modernes.

Illustration institutionnelle. La clinique psychiatrique de Bel-Air, gérée par la République et Canton de Genève, a progressivement modifié ses pratiques institutionnelles, à l'image des autres cliniques. Durant la décennie 1970 à 1980, les patients qui demandaient à être hospitalisés en entrée volontaire devaient néanmoins passer 2 à 3 jours dans le pavillon d'admission, un pavillon fermé. J'ai à l'époque, comme médecin stagiaire, assisté à l'étonnement de

ces patients : ils venaient vers 09h00, bien habillés et ayant fait leur toilette et il leur était néanmoins demandé de se déshabiller et de prendre une douche, puis de se vêtir d'un vilain peignoir gris fourni par le service, tout cela avant de voir le médecin. **Commentaire.** Malgré des améliorations, l'hospitalisation en psychiatrie reste une expérience pénible pour beaucoup de patients, du fait du bruit et de l'agitation dans les pavillons. Les hurlements du type « J'en ai marre de cette baraque ».

Quelques personnes ont cherché volontairement refuge dans ces institutions, comme l'écrivain suisse Robert Walzer (1878-1956) s'isolant ainsi du monde durant des décennies.

Illustration institutionnelle. Le système Veterans Administration Hospitals aux États-Unis a une attractivité pour quelques patients vivant à New-York : ils font le voyage vers la Californie l'hiver venu ; ils s'adressent au service californien qui prend soin d'eux pendant la mauvaise saison, leur dossier médical étant automatiquement transféré de la côte est à la côte ouest.

Illustration institutionnelle. La clinique psychiatrique de Bel-Air à Genève, située comme les autres institutions de ce type, en campagne dans la périphérie de la ville, fut un lieu apprécié de quelques personnes, pour son accueil sur le plan de l'hôtellerie. Cette femme déclarait, en 1973, que de se faire hospitaliser pour passer l'été dans le pavillon ouvert des femmes était un bon endroit, préférable à un appartement trop chaud. **Commentaire.** Les choses changent ; on lit dans un quotidien de Genève, en 2006 : « L'intimité n'existe pas. Nous nous retrouvons systématiquement à 3 patients dans une chambre aménagée pour 2. Il n'y a que 30 cm entre chaque lit et autant jusqu'à l'unique lavabo. »

HISTORIQUE DES TRAITEMENTS

Durant des millénaires, les personnes atteintes de troubles psychiatriques recevaient des traitements peu amènes, étant cibles et victimes de la science de *démonologie*, dont certaines pratiques étaient plus douloureuses (tortures, brûlures, voire mise à mort) que d'autres encore pratiqués au xxi^e siècle (fumigations, prières, tisanes, bains forcés, désenvoûtements). Après la destruction de Corinthe en 150 avant J.-C., c'est la médecine romaine qui poursuit l'évolution de la médecine grecque, et ce jusqu'en l'an 500 de notre ère. Il y a alors persistance de traitements assez violents des patients psychiatriques, mais également des recommandations de bon sens : tranquillité, absence de contrainte physique, exercice et diète. De la chute de Rome en 476 jusqu'à l'an 1000, on assiste à une résurgence de la démonologie et de techniques violentes de traitements des *fous* en Europe. Des traitements moins inhumains sont cités par des médecins de l'empire romain d'Orient : un hôpital construit en 874 à Alexandrie a un service consacré aux patients ayant des troubles mentaux.

Durant la deuxième guerre mondiale, le régime français de Vichy a gravement négligé le devoir de protection des patients psychiatriques, avec une augmentation de la mor-

talité dans les asiles, par famine. Les traitements étaient alors limités aux opiacés, au chloral et aux barbituriques, aux comas insuliniques, aux enveloppements froids, aux électrochocs ou aux chocs insuliniques; la pénicilline, réservée aux armées, n'a pas permis de traiter les patients avec syphilis cérébrale. Les années 1950 à 1960 voient le succès de la psychanalyse dans plusieurs pays. Depuis les années 1980 à 1990, faire une psychanalyse intéresse moins de personnes; les traitements visent le mode *quotidien*, le comment des choses et les frustrations en cours, plutôt que le mode *ontologique*, à savoir l'émerveillement que les choses soient, qu'elles existent.

Au nom du modèle médical, le psychiatre se leurre-t-il en croyant à la matérialité des causes des syndromes et à l'idée qu'il sait les influencer par des méthodes biologiques ou psychologiques ? Le traitement médicamenteux a évolué vers un excès du nombre des prescriptions de médicaments psychotropes. C'est aux États-Unis que cette tendance a été le plus étudiée : sur 13 000 consultations ambulatoires de psychiatrie, la proportion de prescriptions pour 2 ou plus médicaments psychotropes a passé de 43 % en 1996 et 1997 à 60 % en 2005 et 2006 (Mojtabai et Olfson, 2010).

CULTURE

Au cours d'un symposium des années 1960 posant la question de la place des médicaments psychotropes dans la



Figure 1. Dévouement humain

Cette gravure représente des soldats enterrant des soldats, lors de la guerre franco-allemande de 1871.

société de l'an 2000, réunissant psychiatres, artistes, juristes et autres spécialistes, l'écrivain Arthur Koestler (1905-1983) a proposé qu'une part des catastrophes qui touchent l'espèce humaine viennent d'un excès d'amour et non d'un manque d'amour ou d'un excès de haine : « *Our tragic history is not caused by too much selfishness or too much aggression, but by too much altruism and unselfish devotion to tribe, nation, totem, flag, leader, church, party, or ideology.* » L'homme a la capacité de se dévouer pour une cause au point d'envisager de tuer d'autres hommes ou de mourir à la tâche, un vrai problème selon Koestler.

L'hypothèse de Koestler n'a pas pénétré le cercle des psychiatres, qui évitent de trop évoquer la sombre nuit et les ambivalences dans lesquelles l'homme se débat.

Divertissement

Le divertissement, sous ses formes multiples, aide à oublier le tragique de l'existence, la mort, les tourments de l'amour et ceux de l'argent. Dans *Les Pensées*, Blaise Pascal (1623-1662) écrit : « *Sans le divertissement il n'y a point de joie; avec le divertissement il n'y a point de tristesse.* » Et : « *La seule chose qui nous console de nos misères est le divertissement; et cependant c'est la plus grande de nos misères.* »

Illustration clinique. Cet homme âgé de 55 ans déclare que boire quelques verres de vin de Bourgogne est efficace pour diminuer l'angoisse, finir la journée et pour recommencer un nouveau jour. Il a interrompu cette consommation et se dit moins heureux, la vie étant plus difficile depuis. **Commentaire.** L'effort pour chercher l'origine d'une émotion de tonalité négative ou le simple ennui sont remplacés avantageusement par les « divertissements pharmacologiques ». Le divertissement est néfaste, comme le dit Pascal; mais le clinicien peut conseiller le patient dans son choix d'un autre divertissement, par exemple lorsque le divertissement porte sur la consommation de drogues ou la volonté d'exploiter et faire souffrir autrui.

Individualisme

Alors qu'un même *moule culturel* est proposé à tous, les messages des publicistes et commentateurs font au contraire l'apologie de l'individualité de chacun, de son unicité et sa spécificité. Cette spécificité est engrammée sur Internet et des messages ciblés interrompent l'internaute dans sa navigation; s'il les annule, une proposition s'affiche alors : « ... nous ferons de notre mieux pour vous montrer des annonces plus pertinentes à l'avenir. » Internet illustre combien les changements sociaux modifient les relations humaines et la nature des conflits.

Illustration clinique. Cette mère célibataire âgée de 44 ans demande de l'aide à son médecin traitant au sujet de la consommation de cannabis de son fils. Devrait-elle informer la police que son fils a un équipement complet de culture de ces plantes ? Elle a décidé de jeter à la poubelle l'ensemble de ce matériel. Son fils lui

a demandé remboursement des frais investis pour le matériel permettant cette culture. Le fils demande également qu'elle achète une nouvelle voiture, une Porsche, car il a honte de sortir le samedi soir avec le vieux véhicule familial. **Commentaire.** Depuis plus de 2 millénaires, des adultes écrivent que le respect des enfants envers les parents se perd. L'évolution récente présenterait-elle une accélération de ce phénomène ? Les temps ont changé et cet ami médecin quinquagénaire se souvient de la réponse de son père paysan, lorsqu'enfant, il s'était dit fatigué et avait posé son sac sur le bord du chemin : « Tu reprends ton sac et tu continues de marcher. »

Oxymores et société *bisounours*

L'idée de la faisabilité du *développement durable* (Méheust, 2009) n'est qu'un exemple des demandes et contraintes incompatibles, les oxymores, si présents dans la culture du néolibéralisme et de la mondialisation.

Illustration écologique. Le chef de l'Office de l'environnement en Suisse a fait 400 000 kilomètres en avion. À cause de ces déplacements en avion, l'Office fédéral de l'environnement ne parvient pas à réduire suffisamment son empreinte carbone. **Commentaire.** La personne qui s'intéresserait à cette information, assez inepte, aura cependant l'impression de faire partie d'une grande famille se préoccupant de l'état de la planète.

Dans ce contexte d'entraide, de *care*, on notera la Journée mondiale de l'orgasme (21 décembre) : « *Tous ensemble pour le rayonnement d'une belle énergie qui changera le monde* », la Journée internationale contre l'homophobie et la transphobie (17 mai), s'ajoutant aux Journées mondiales du psoriasis (29 octobre), du tricot (11 juin) et de la plomberie (11 mars). Resterait-il de la place pour une Journée mondiale de la farce ? Une telle journée à consacrer à une réflexion sur les limites de la pensée de l'homme, ce *Roseau pensotant* (Roorda, 1970) : « *Tout ce que l'humanité parvient à réaliser est, peut-être, inévitablement médiocre; et nous saurons sourire en luttant pour les vieilles chimères de notre race. Mais il ne faut pas que l'individu perde la conscience de son imperfection.* » Une culture *bisounours* alimente l'illusion d'une société dominée par la bienveillance entre eux de 8 à 9 milliards de conspécifiques.

Transparence et paternalisme

Les dossiers de patients informatisés, l'accès des patients à leur dossier, ainsi que leur participation aux décisions de traitement ont modifié la documentation médicale : aux États-Unis et probablement dans d'autres pays, le contenu des dossiers se serait appauvri en informations cliniques et enrichi en informations administratives. Ceci s'explique en partie par le fait que les médecins sont contraints par cette transparence et évitent d'inscrire des informations (informations qu'ils gardent, dans les pays où ceci est encore toléré, dans un dossier séparé sous la dénomination de notes personnelles du médecin).

ÉCONOMIE ET ÉPIDÉMIOLOGIE

Pauvreté et fonctions cérébrales

La prévalence de la plupart des troubles psychiatriques augmente dans les groupes sociaux pauvres (Livingston Bruce et al., 1991) et chez les personnes ayant subi une maltraitance étant enfants (Costello et al., 2001), chose fréquente dans ces groupes. Une série d'insuffisances des fonctions cérébrales supérieures s'expliquent par la pauvreté matérielle et le manque d'éducation subséquent : manque d'accès à une formation professionnelle, consommation de colles par des adolescents défavorisés, etc.

Illustration clinique. Cet adolescent âgé de 12 ans a des difficultés scolaires. Ses parents habitent Genève depuis 10 ans et travaillent chacun de nombreuses heures dans des travaux manuels peu spécialisés ; ils ont accueilli l'adolescent récemment dans leur foyer, ce dernier ayant été élevé jusqu'alors par ses grands-parents, dans un autre pays. Les grands-parents vieillissant se sont dits dépassés par les efforts pour leur petit-fils. Celui-ci ne parle pas le français et n'a pas suivi régulièrement sa scolarisation. Après 4 ans d'échec scolaire à Genève et quelques actes délictueux, l'adolescent de 16 ans se trouve en classe spéciale. Le père interrogé au sujet de ce qu'il prévoit pour son fils déclare : « Il va devenir avocat. » **Commentaire.** Que dire ?

Une intervention de prévention de la maltraitance a été testée aux États-Unis. L'étude a porté sur 60 familles recevant le programme et 45 familles contrôles. Les mères étaient âgées de 14 à 25 ans, avaient leur premier bébé et n'avaient pas de trouble psychotique selon le DSM-IV. Des visites chez le pédiatre et des visites à domicile des infirmiers et des assistants sociaux (femmes ou hommes). Ce programme interdisciplinaire intitulé *Minding the Baby* vise à améliorer la capacité de la mère à reconnaître ses propres états mentaux et ceux du bébé. Les résultats sont favorables avec un meilleur contact de la mère et de l'enfant, un taux de vaccination plus élevé des enfants, un délai plus long avant une prochaine grossesse et un taux moindre d'appels aux institutions de protection de l'enfance (Sadler et al., 2014***). Un tel programme est encourageant, mais les fonds pour généraliser ces aides aux familles pauvres manquent dans tous les pays.

Attrait de l'argent

Des problèmes psychiques viennent d'exigences irréalistes que cultive la société consumériste des pays riches. La tyrannie de l'opulence remplace celle du manque, même si vouloir beaucoup d'argent et d'objets est une bien ancienne tendance humaine.

Illustration clinique. Ce père de famille, financier à succès, rencontre quelques difficultés et se voit contraint de limiter son train de vie. Il n'était pas dans son projet de vie que cela doive arriver. Il consulte pour état dépressif sévère, avec insomnie persistante. Son

désespoir porte entre autres choses sur le fait d'avoir rendu au garage sa voiture 4x4 de luxe ; ce signe d'un risque d'une future non appartenance à son groupe privilégié semble expliquer le désespoir d'être privé de sa voiture. **Commentaire.** Devenir moins riche, sans pour autant devenir pauvre, peut désespérer une personne matériellement privilégiée, au-delà des émotions négatives qu'éprouvent les personnes pauvres : la direction du changement importe alors plus que la valeur absolue des biens possédés.

Fénelon (1651-1715) avait observé « *Ils sentent qu'ils ne sont pas heureux, et ils espèrent trouver de quoi le devenir par les choses mêmes qui les rendent misérables ; ce qu'ils n'ont pas les afflige, ce qu'ils ont ne peut les remplir. Leurs douleurs sont véritables. Leurs joies sont courtes, vaines et empoisonnées. Elles leur coûtent plus qu'elles ne leur valent. Toute leur vie est une expérience sensible et continuelle de leur égarement...* »

Économie et soins psychiatriques

Les facteurs sociaux déterminent les soins reçus. Aux États-Unis, la probabilité d'une consultation de durée inférieure à 20 minutes et la probabilité de recevoir une ordonnance augmente si le patient est âgé de plus de 65 ans, n'est pas d'origine caucasienne ou fait rembourser le coût de la consultation par un système public (Olfson et Goldman, 1992). Il y a peu de données sur l'efficacité des services de santé en fonction de la typologie sociale des patients ambulatoires, encore moins en fonction de la psychopathologie des soignants.

Illustration clinique. En 1980, ce centre de radiologie californien était reconnu pour une pratique fort douteuse : les personnes ayant subi un accident d'automobile y étaient envoyées pour une radio cervicale permettant de déceler un coup du lapin. Or, ces radios étaient faites en hyper-extension pour obtenir ce diagnostic et permettre à l'avocat de gagner un procès avec demande de dédommagement. À la même période, un homme qui avait été opéré à l'hôpital de l'Université de Stanford s'est vu contacté par un avocat qui lui expliquait qu'il avait fait un arrêt cardiaque au cours de l'opération et que l'intervention pour varices des membres inférieurs avait été reprise après cet arrêt. L'avocat ignorait que l'homme était le frère d'un professeur de médecine et ce dernier se renseigne. Il découvre qu'un assistant de salle d'opération recevait 50 dollars pour tout incident qu'il signalait à l'avocat. Également à cette période, j'ai entendu la déclaration suivante d'un pneumologue californien : « Pourquoi demanderais-je une radiographie thoracique chez un confrère et pourquoi ferais-je auscultation pulmonaire complète, lorsque je peux gagner plus de dollars en faisant une bronchoscopie ? » **Commentaire.** La spécialité de psychiatrie laisse, en principe, moins de place à des abus si simplistes.

Médecine à deux vitesses

Dans plusieurs pays européens, une médecine accessible à tous a été instaurée après la deuxième guerre, un progrès reconnu unanimement ; cette médecine tend à se dégrader

du fait de restrictions financières ; parallèlement, le secteur de la médecine privée se développe, avec des publicités annonçant que : « *La compétence médicale maximale et l'ambiance exclusive se fondent en une offre d'accueil exceptionnelle.* » Effectivement, quelques cliniques privées ont le confort d'hôtels de luxe. L'exigence de rendement de ces cliniques fait que les patients gravement et chroniquement malades, s'ils ne sont pas assez riches pour assumer de longs séjours, se retrouvent transférés dans une institution financée par l'état.

Illustration clinique. Cette femme est hospitalisée dans une clinique privée : elle est investiguée puis opérée d'un carcinome du colon, avec généralisation métastatique. Elle est transférée en post-opératoire dans un hôpital public. À l'admission, il est constaté qu'elle ne connaît pas son diagnostic et pense venir pour une convalescence. **Commentaire.** Il arrive que les responsables des cliniques privées se plaignent que l'État accorde un soutien financier aux hôpitaux publics, alors que le transfert vers le public de patients comme ci-dessus est une pratique assez fréquente.

Illustration clinique. Cet oligarque a été opéré dans une clinique de luxe. En post-opératoire, il a consommé des vins de grand prix et se trouve ivre en fin de journée. Il insiste pour avoir une voiture privée et aller en ville trouver des femmes, car dit-il « *ici les femmes sont des gazelles, pas des chameaux comme dans mon pays.* » Le médecin de garde arrive à le convaincre de ne pas quitter la clinique en robe de chambre et avec le matériel de perfusion.

L'exigence de vivre longtemps en bonne santé et celle d'être soigné de façon compétente et peu coûteuse, avec cependant des soins techniquement complexes, représente une *quadrature du cercle* pour les choix sociétaux à venir (Martin, 2001).

VIE PROFESSIONNELLE

Le syndrome d'épuisement au travail (*burn-out* ou *burnout*), le harcèlement, les abus et les discriminations mènent les personnes à des souffrances et décompensations qui reçoivent une étiquette CIM ou DSM de trouble de l'humeur, de trouble anxieux ou de trouble de l'adaptation. L'étiquette de *burn-out* (Z73.0) ne se trouve que parmi les problèmes en relation avec l'existence, problèmes (codes Z00 à Z99) qui n'ont pas le statut de maladie. Les cliniciens identifient et traitent ces situations non incluses dans les listes des systèmes de classification des troubles psychiatriques. Ils confirment au patient, le cas échéant, que les contraintes de leur activité professionnelle se trouvent à l'origine de ses plaintes (patron abusif, collègue manipulateur, etc.) (Les assurances perte de gain fuient ces explications : il leur faut un diagnostic CIM-10 ou DSM-5 et la certification qu'un traitement est prescrit). D'un collègue psychiatre : « *Nous dormons en démocratie et travaillons en tyrannie.* »

Illustration clinique. Cette femme se plaint des relations difficiles dans son bureau : elle fait des efforts qui ne sont pas reconnus et les demandes chaque jour différentes de son supérieur l'empêchent de suivre un projet correctement ; ceci aboutit à un épuisement. Le psychiatre lui explique que les femmes réagissent plus que les hommes à l'absence sur le lieu de travail d'harmonie dans les relations humaines. La femme dit se sentir comme Calimero, le poussin soumis à tant d'injustices. Il lui est expliqué que son souhait que le travail se fasse de façon plus harmonieuse dans l'entreprise pourrait être vu par son supérieur comme une critique à son égard à lui. **Commentaire.** Le psychiatre a parfois un rôle de consultant dans des domaines étranger à la psychiatrie.

SYSTÈMES DE SOINS

Informations et Internet

La somme de connaissances acquises en psychiatrie et en neurosciences durant les derniers 30 ans (volumes I, II et ce volume) a eu des répercussions sur les diagnostics et les choix des traitements. Le manque d'informations du clinicien devient peu acceptable, puisque l'accès aux informations est aisé grâce à Internet, en particulier *Medline* et, grâce à la diffusion de journaux et de manuels. Il est attendu du thérapeute qu'il garde à jour ses connaissances et adapte les traitements en conséquence.

Illustration clinique. Ce spécialiste en médecine interne soigne depuis quelques années une patiente présentant un trouble obsessionnel-compulsif de symétrie qui a très bien répondu à la fluoxétine. Il a proposé à 3 reprises à la patiente de cesser ce traitement, ce qui fut chaque fois suivi de la résurgence d'obsessions intenses, répondant à la reprise de la fluoxétine. Il décrète alors qu'il n'écrira plus d'ordonnance pour la fluoxétine et que la patiente devra s'adresser à un psychiatre si elle souhaite maintenir le traitement médicamenteux. **Commentaire.** Cette réaction du médecin est intéressante, dans la mesure où il n'agirait pas de la sorte lors d'un traitement d'hypertension ou de diabète, 2 pathologies pour lesquelles il dispose d'un modèle de maladie chronique qu'il n'applique pas au trouble obsessionnel-compulsif. Cela signe aussi le fait qu'il n'a rien lu au sujet du diagnostic du traitement du trouble obsessionnel-compulsif.

Changements des attentes

En 1867, une publicité dans le *Journal de Genève* annonçait : « Les maladies de poitrine sont le plus grand fléau de l'humanité. Sur 10 décès, 6 au moins sont produits par ces maladies. Guérison certaine sans remède et par le seul emploi de la Farine mexicaine du Docteur Benito del Rio, de Mexico. La Farine mexicaine est le spécifique certain, pour la guérison de la phtisie pulmonaire, de la consommation, de la bronchite et du catarrhe chronique. C'est un produit naturel et alimentaire qui s'emploie en potages. C'est le meilleur vivificateur du sang et des os... » Bien des personnes ont une opinion idéalisée de l'effet des médicaments psychotropes,

s'étonnant qu'il n'existe pas de médicament permettant de les débarrasser de leur souffrance psychique, comme un antibiotique les débarrasserait d'une infection (agissant aussi efficacement que la Farine mexicaine) ; il faut les décevoir de leur espoir quant à la *bonne pilule*. D'autres personnes n'accordent plus de confiance aux thérapeutes, mais elles maintiennent intactes les exigences de guérison.

Illustration clinique. Cette adolescente de 11 ans, antérieurement en bonne santé physique et mentale, est hospitalisée pour un état neurologique inquiétant consistant en une absence de réponse à son environnement, avec une agitation motrice. De nombreux diagnostics ont été évoqués. Après 15 jours d'hospitalisation, l'évolution est sans amélioration. Un spécialiste du trouble obsessionnel-compulsif est mandaté par les médecins, comme de nombreux consultants avant lui, pour discuter de l'éventualité d'une atteinte du type de Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcus ou PANDAS. Lorsqu'il entre dans la chambre pour examiner la patiente, le père l'accueille avec cette phrase : « Vous devez savoir que si vous n'arrivez pas à comprendre ce qui se passe et à guérir ma fille, je vous ferai un procès ». **Commentaire.** L'anxiété de ce parent s'exprime là fort différemment que durant les années 1960.

Structure des soins

La patientèle se trouve en passe de devenir avant tout une clientèle si le délabrement des services médicaux étatiques à visée sociale se poursuit, en Europe et ailleurs. Dans le domaine de la psychiatrie, les institutions permettant une hospitalisation en privé offrent souvent des services supérieurs sur le plan hôtelier à ceux des hôpitaux de l'État, sans que la qualité des soins psychiatriques soit systématiquement supérieure (hormis l'absence de l'effet nocebo lié au fonctionnement des quelques hôpitaux publics).

PERFORMANCES DE NOUVELLES TECHNOLOGIES

On attend de ces technologies de redonner une capacité de vision partielle aux aveugles, de permettre aux paraplégiques de remarcher, de freiner l'évolution des maladies neurodégénératives et bien d'autres réalisations, presque des miracles bibliques.

Neuroimagerie

Les techniques de mesure détaillée de la substance grise, celles de la substance blanche (*connectome*) et la découverte de corrélats entre la neuroimagerie et les fonctions cérébrales supérieures ont mené à une situation que l'on ne pouvait imaginer il y a 10 ou 20 ans. Pour ne citer qu'un exemple, l'étude du connectome permet de prédire le niveau d'intelligence fluide des personnes (Finn et al., 2015) (même s'il reste plus simple de demander directement un examen de QI à un neuropsychologue).

Examen génétique prénatal

Il est devenu possible de poser un diagnostic de trisomie 21 par mesure de l'ADN foetal circulant dans le sang maternel. Il est aussi possible de prévoir un diagnostic préimplantaire lors de fertilisation *in vitro*. Le diagnostic préimplantaire a été développé pour identifier des pathologies monogéniques à forte pénétrance comme la fibrose kystique, le syndrome de Rett, la maladie de Huntington, la maladie d'Alzheimer à début précoce. Les médecins ont des préférences personnelles à utiliser ou non ces tests et à en discuter les résultats avec les patients (Klitzman et al., 2014**).

Cellules pluripotentes et cellules souches

La manipulation de cellules pluripotentes en les orientant vers l'un ou l'autre type cellule ouvre la possibilité de thérapie génique, par exemple en ajoutant la transplantation de myocytes à une intervention sur les coronaires. Il est devenu possible de différencier une cellule mature et d'utiliser les cellules souches qui en résultent. Ces stratégies de remplacement de cellules seront commercialisées, pour le traitement du diabète et probablement celui des démences.

Modification du code génétique

La découverte de l'enzyme qui permet aux bactéries de reconnaître un génome viral intégré dans leur code génétique et de sectionner puis exclure cette partie indésirable d'ADN, à savoir le système CRISPR-Cas9 découvert notamment par Jennifer Doudna (1963-) et ses collaborateurs, permet de corriger des anomalies chromosomiques, voire d'améliorer l'information à disposition des cellules. Ces techniques permettront d'associer au diagnostic préimplantaire l'excision de la mutation pathogène. Une vingtaine de scientifiques connaissant bien le système CRISPR-Cas9 ont demandé un moratoire international sur l'application de cette technique aux maladies humaines, afin d'explorer les risques, discuter les enjeux éthiques et établir des recommandations (Baltimore et al., 2015**). Éditer le code génétique comme on corrigerait un texte sur son ordinateur ouvre des possibilités nombreuses pour les traitements : l'acceptation du moratoire est peu probable vu les gains financiers imaginables.

Visualisation des neurones *in vivo*

L'optogénétique est une technique permettant l'étude de l'activité de groupes spécifiques de neurones : un vecteur est utilisé pour installer dans tel ou tel type de neurone une capacité d'activation en réponse à une lumière. On comprend l'intérêt de telles techniques pour les modèles animaux des troubles psychiatriques et les études en physiolo-

gie. Chez l'homme, il y a le projet d'implantation intracérébrale de sonde éclairant certaines régions cérébrales (modifiées pour répondre à la lumière) pour un effet plus sélectif que la stimulation cérébrale profonde (Lobo et al., 2013**).

Big data

Le dossier médical informatisé permet, compte tenu des règles de confidentialité, un accès automatisé à un grand nombre de données, qui peuvent être croisées avec des données de diverses natures pour des recherches en épidémiologie ou en physiopathologie. Il y a quelques décennies, toute recherche médicale était basée sur une hypothèse spécifique que le protocole visait à confirmer; une recherche exploratoire athéorique devient possible par la diminution du coût des dosages biologiques et par la puissance des programmes informatiques d'exploration des données récoltées. C'est dans le domaine des marqueurs biologiques que les *big data* arrivent en psychiatrie : récolter sur des populations de patients des données de la clinique, de la neuropsychologie, du *protéinogramme*, du *métabogramme* en neuroimagerie, du *génomogramme* et de l'*épigénomogramme* et explorer comment cette somme de données facilite la prédiction du diagnostic ou de la réponse thérapeutique pour un patient donné (McIntyre et al., 2014; Monteith et al., 2015), certainement un changement de paradigme en clinique.

Médecine préventive

Des institutions (*start-up*) explorent les possibilités d'individualiser le traitement à partir des données de biologie moléculaire des patients. Ainsi, le *4P Medicine Institute* soutient une approche *prédictive, préventive, personnalisée et participative*, proposant que l'analyse des 6 millions de nucléotides qui diffèrent entre les personnes, analyse associée à la biologie de système et au soutien des associations de consommateurs et de réseaux de thérapeutes. Ceci dans un but, bien sûr non désintéressé économiquement, de prévention des maladies.

DÉSAVANTAGES DES NOUVELLES TECHNOLOGIES

Prédiction

La prédiction précoce d'un risque élevé de telle ou telle maladie intéresse le futur patient surtout si les médecins peuvent offrir une prévention. Or, dans le domaine des déficits cérébraux, ceci pose problème. Il se pourrait que l'identification précoce de l'autisme mène à un meilleur pronostic par l'application de traitements; en revanche, la prévention des démences ne semble pas possible à ce jour (hormis par les règles d'hygiène de vie, mais ces dernières

ont peu de poids lorsque les mutations ont des conséquences quasiment obligatoires). Les patients se sachant atteints dans un futur plus ou moins proche d'un trouble psychiatrique ou neurologique exigent une stratégie d'accompagnement adaptée.

Nouvelles stratégies de reproduction

La richesse permet d'acquérir des prestations médicales innovantes, notamment dans le domaine de la procréation. L'histoire de Jeanine Salomone en France montre quels interdits sont alors franchis. Cette femme de 62 ans, comme le rapporte le journal *Le Parisien* (12 avril 2002), a accouché d'un garçon conçu avec l'ovule d'une donneuse fécondée par le sperme de son frère Robert.

Illustration clinique. Le 4 mai 2001 à Fréjus (Var), Jeanine accouche de Benoît-David, enfant conçu dans une clinique de Los Angeles, à partir du sperme de Robert et de l'ovule d'une donneuse anonyme et rémunérée. Dix-huit jours plus tard, naît à Los Angeles, une petite sœur, Marie-Cécile, second bébé-éprouvette porté cette fois par une Américaine rétribuée. « Je n'ai pas acheté des corps humains, s'explique Jeanine. « J'ai acheté un service qui n'existe pas en France, c'est tout. » La donneuse d'ovules a été soigneusement choisie sur le catalogue d'une agence américaine : « Du côté de ma maman, ils sont blonds aux yeux bleus, c'est joli. J'ai choisi une donneuse de type germanique. » À l'arrivée, Marie-Cécile est une rousse aux yeux noirs : « C'est irritant, le manque de professionnalisme de l'agence », s'énerve Jeanine. Pour l'état civil, Benoît et Marie-Cécile sont cousins. Administrativement, Benoît est le fils de Jeanine, né de père inconnu. Marie-Cécile est, elle, la fille de Robert, née de mère inconnue. **Commentaire.** Les techniques de biologie moléculaire ouvrent un questionnement au sujet des limites que les humains décident de franchir. On se souviendra à ce sujet du motif, de portée philosophique, qui explique que les chiens se lèchent les testicules : c'est parce qu'ils sont assez souples pour le faire...

Illustration clinique. Deux femmes américaines homosexuelles, Sharon Duschesneau et Candace McCulloch ont posé le problème éthique suivant. Ces femmes sourdes ont souhaité avoir un enfant à leur image et l'une d'elle a donné naissance à un garçon issu du sperme d'un de leurs amis, congénitalement sourd : l'enfant est sourd, ayant répondu sans consentement au souhait de ses 2 mamans. **Commentaire.** Le cas évoque une sorte d'eugénisme à l'envers : le désir de parents d'avoir un enfant présentant un déficit, d'avoir un enfant aux potentialités moindres. Ce désir pourrait aller jusqu'au souhait de ces personnes de ne pas accepter (d'avorter) un fœtus qui serait normal. Déjà, les personnes sourdes se marient entre elles, ce qui augmente le risque et l'incidence de naissance d'enfants sourds ; la plupart de ces personnes désirent avoir des enfants qui entendent et elles pourraient demander l'avortement d'un fœtus sourd, s'il était reconnu tel à la suite à un examen génétique prénatal.

La détection prénatale de la trisomie 21 par l'étude du génome de l'enfant à partir du sang maternel remplace la technique de l'amniocentèse, risquée, et pourrait aboutir à

la suppression de ces humains qui expriment spontanément le bonheur de se trouver sur terre. Les techniques de biologie moléculaire posent le problème éthique des limites d'un eugénisme à venir, lorsque les *mauvais gènes* seront facilement éliminés *in vitro* des œufs humains fécondés.

Indiscrétion encore et toujours

Certes, la graphologie et les tests de personnalité sont une intrusion dans l'intimité lors de processus d'embauche, mais que dire de *Karmagenes*, une *start-up* associant l'analyse de l'ADN aux tests de personnalité pour expliquer à chacun sa nature et ses dons ; les initiants restent prudents, ils ajoutent à l'étude de l'ADN du client un court questionnaire psychologique ! Et le projet *Guardian Angels* prévoit de placer des nanodétecteurs dans nos habits afin d'identifier les situations telles que la déshydratation, l'accélération du pouls, la présence de pollens dans l'air ambiant, etc. : *Guardian Angels for a smarter life* est le thème de la vidéo sur le portail de ce grand projet européen. Pour quel avantage les citoyens donnent-ils un accès à toutes leurs informations privées ? Et que penser de déclarations de principe du genre : « *Tout cela doit être cadré. Il faut rester vigilant.* » ?

Transhumanisme

Laurent Alexandre (1960-), chirurgien urologue et entrepreneur, signe un article dans *Le Monde* du 24 avril 2013, au sujet du transhumanisme. L'argument central de cette idéologie porte sur les changements de paradigme du fait de la convergence des NBIC, à savoir les nanotechnologies (N), la biologie (B), l'informatique (I) et les sciences cognitives, intelligence artificielle et sciences du cerveau (C). Le projet transhumaniste, hautement technique, donne l'impression d'une dérive psychologique et philosophique, d'un mélange entre la volonté de toute puissance, la méconnaissance des réalités physiques et un autisme de haut niveau. L'objectif d'un homme *augmenté* (vivant longtemps grâce aux cellules somatiques transformées en cellules souches totipotentes offrant de régénérer les organes, ayant des implants intracrâniens pour donner des ordres aux machines, voire pour la transmission de pensée), cet objectif remplace celui de l'homme *amélioré*, celui des philosophes et de quelques religions prônant de bien vivre, car la vie est brève et la mort, fin naturelle de l'individu, donne son sens à la vie. Les espèces sont quasiment immortelles à l'aune chronologique des individus : les transhumanistes visent à ce que l'individu devienne quasiment immortel, comme les espèces... Il s'agit d'une forme de spiritualisme, dans le sens que le mental de l'homme sera séparé de son corps, dont il n'a plus besoin, grâce au développement de supports informatiques capables de stocker un grand nombre d'informations. Je cite 2 passages qui font penser que l'admiration de ces nouvelles technologies miraculeuses

pourrait être une forme de trouble mental sous-syndromique...

Illustration clinique. « ... les transhumanistes soutiennent une vision radicale des droits de l'humain. Pour eux, un citoyen est un être autonome qui n'appartient à personne d'autre qu'à lui-même, et qui décide seul des modifications qu'il souhaite apporter à son cerveau, à son ADN ou à son corps au fil des avancées de la science. Ils considèrent que la maladie et le vieillissement ne sont pas une fatalité. La domestication de la vie pour augmenter nos capacités est l'objectif central des transhumanistes. Selon eux, l'humanité ne devrait avoir aucun scrupule à utiliser toutes les possibilités de transformation offertes par la science. Il s'agit de faire de l'homme un terrain d'expérimentation pour les technologies NBIC : un être en perpétuelle évolution, perfectible et modifiable jour après jour par lui-même... » Et aussi : « ... Aujourd'hui, Google est devenu l'un des principaux architectes de la révolution NBIC et soutient activement le transhumanisme, notamment en parrainant la *Singularity University* qui forme les spécialistes des NBIC. Le terme *Singularity* désigne le moment où l'esprit humain sera dépassé par l'intelligence artificielle, censée croître exponentiellement dès les années 2045... »

Commentaire. *Vouloir l'immortalité, un des objectifs des transhumanistes, n'est pas une nouveauté, mais un dogme de plusieurs religions. Une première version de cette immortalité sera de transférer les données du cerveau de la personne sur un support informatique. Échappe-t-on à des troubles psychiatriques lorsque le mental n'a plus d'ancrage corporel ? Les transhumanistes répondront peut-être qu'ils créeront l'illusion de l'existence d'un corps pour un fonctionnement harmonieux de cette âme immortelle. De plus, on imagine le folklore des interactions entre des âmes recluses dans un ordinateur et des personnes encore vivantes (celles ayant de la chair et des os), auxquelles ces âmes de silicium et autres terres rares demanderont de s'occuper de tel ou tel conflit laissé sans solution de leur vivant à elles : des morts pourront faire des procès à d'autres morts ou à des vivants et des vivants à des morts, belles occasions d'un renouveau rentable pour les juristes, les avocats et les juges !*

Les transhumanistes mettent en application les principes de la philosophie de la déconstruction, selon Jacques Derrida (1930-2004) et d'autres de la *French School* appréciée aux États-Unis et, pour les lecteurs sceptiques, aussi fumeuse que fameuse. Déconstruire, c'est analyser les contraintes diverses, sociales, culturelles, physiques, pour en constater la futilité et s'en libérer.

Le terme de *singularité* prôné par les transhumanistes a plusieurs définitions. Sur un plan technique et biologique, il s'agit d'une situation où des règles reconnues ne s'appliquent plus et où le système passe dans un autre mode de fonctionnement ; ainsi, le point de singularité des horloges biologiques est un état marqué par la désorganisation, voire la disparition, des rythmes endogènes. Pour les transhumanistes, la singularité sera le moment où naîtra le nouvel homme, tel qu'ils le prévoient, à savoir le passage d'une vie fondée sur le carbone à une vie fondée sur le silicium des ordinateurs... Une autre définition de la singularité con-

siste, pour une personne, à aller vers l'être humain unique et spécial qu'elle pense être en droit de devenir, aboutissement de la déconstruction : chacun singulier, reniant dans son individualité les traditions et l'histoire, voire la tendance innée de l'humain à s'occuper d'autrui.

La singularité qu'attendent les transhumanistes risque d'être autre que celle attendue : il n'est pas exclu que la société devienne ingérable du fait d'exigences technologiques et bioniques forcenées de ses membres, ni que l'intelligence artificielle ne devienne dangereuse pour l'humanité, que les voitures sans pilote nous précipiteront contre un mur si nous froissons leurs sentiments (pour n'inventer qu'un exemple). Le passage de la vie fondée sur le carbone à celle fondée sur le silicium fera des jaloux parmi les damnés de la terre, ceux que la pollution n'aurait pas encore supprimés : les âmes transférées sur le silicium devront-elles éliminer ces humains moins fortunés, afin de vivre en paix leur éternité ? Éternité un peu longue... surtout vers la fin, comme le rappelle Woody Allen (1935-), éternité qu'on leur souhaite animée, par la réalité virtuelle, de jolis villages de campagne et d'hommes tranquilles dans leur jardin, des images de paysages d'avant la furie industrielle, lorsque les humains écoutaient les oiseaux et regardaient les fleurs et les crapauds.

En 1931, Giovanni Papini (1881-1956) publie *Gog*, le roman d'un vieil homme immensément riche, nihiliste et misanthrope, qui parcourt le monde pour faire la connaissance des personnages célèbres. Freud lui déclare : « *Je suis resté homme de lettres – tout en jouant, en apparence, au médecin* ». Le Docteur Mundung conseille à Gog la nouvelle religion universelle de l'*Égolâtrie*. Selon cette religion, le sport est l'adoration du corps ; le culte de la science remplace l'omniscience de Dieu et le culte de la machine sa toute puissance. Ce qui semblait réservé à l'Être parfait devient une prérogative des mortels. Le sentiment de la hiérarchie n'existe plus, pas plus que l'hypocrisie qui limite et renie l'instinct. L'homme aime lui-même par dessus tout... Les transhumanistes ont oublié, ou n'ont pas compris, le message de Spinoza (1632-1677) que la joie sur terre peut être atteinte en se défaisant de ses idées fausses et que cette joie ouvre au sentiment d'éternité, bien différent de l'immortalité.

Identification des prédispositions

Les personnes hémophiles portent sur elles une carte indiquant leur déficit de coagulation, en cas d'accident ; elles refusent des métiers manuels à risque. Les personnes porphyriques portent sur elles mention de leur maladie métabolique, en cas de décompensation psychotique. Verra-t-on se généraliser ces précautions à des prédispositions moins évidentes ; par exemple, les personnes ayant une série de polymorphismes les rendant sensibles aux stressseurs auront-elles sur elle une carte demandant qu'elles soient

traitées avec amabilité par les employeurs, l'administration ou leurs proches ?

QUESTIONS ET CONTROVERSES

Quel est le rôle de la multidisciplinarité ?

Lors d'un symposium de l'*American Psychopathological Association* en 1961, portant sur l'avenir de la psychiatrie, Rothman évoquait les modèles de formation des psychiatres : « *We have compellingly moved psychiatry far away from medical science, alienating our psychiatrists from the main stream of modern medicine. Will the "speculative thinkers" and "great theoreticians" whom we are educating in psychiatry become medical scientists or philosophical metapsychologists, who thrive on anecdotal approaches and hair splitting verbosity? Will they be tough-minded thinkers or tender-minded existential romanticists? Will they move towards the mythology of the historical sociologists and cultural anthropologists or towards the stark discipline in the scientific method and mathematic approaches of the biologic sciences? Have we produced an intellectual climate in psychiatry where many generalizations are made and frequently cannot be proved or disproved by experiment?* » La multidisciplinarité pourrait représenter une réponse. Toutefois, Henri Laborit (1914-1995), qui l'a pratiquée dans le *Groupe des Dix* qu'il animait, n'en a pas été convaincu : « *Au début des années 70, on a formé des équipes, des teams. On réunissait dans une même salle un neurophysiologiste, un biochimiste, un pharmacologue, un psychiatre et un philosophe. Mais comme les uns ne comprenaient rien au langage des autres, ils dessinaient des femmes à poil, des voiliers, des voitures de course durant les interventions des autres.* »

Quelle est l'ampleur de la stigmatisation de la spécialisation en psychiatrie ?

Outre les patients et les proches, la stigmatisation concerne aussi la spécialité de la psychiatrie, dans le sens qu'il est difficile d'y attirer les professionnels de la santé et de générer des crédits pour la recherche. Le personnel soignant en psychiatrie est parfois considéré avec ostracisme, notamment par les médecins ayant choisi une autre spécialité. On connaît la plaisanterie qu'entre interne et interné, il n'y aurait que la différence d'un accent aigu.

Quelle est l'influence du consumérisme sur le psychisme ?

La société consumériste prend son essor en Europe dès la fin de la seconde guerre mondiale, mais les publicités dans les journaux suggéraient déjà auparavant que le bonheur

dépend d'appareils ménagers, parfums, habits, cigarettes et automobiles. Cette évolution vers un bien-être matériel, couplée à la perte de l'influence des religions, mène à l'idée de l'argent comme bien suprême. Ceci a eu pour conséquences des changements dans la structure mentale des personnes, dans le sens d'une fréquence moindre de problèmes dits névrotiques (introspection inquiète, culpabilité) et d'une fréquence augmentée de problèmes liés aux exigences des satisfactions narcissiques (exigences de tout, tout de suite, faible tolérance à la frustration, exploitation d'autrui) (Barbier, 2013). Un des slogans de mai 1968 à Paris était : « *Vivre sans temps mort et jouir sans entrave* ». Le temps libre consacré aux loisirs a augmenté pour certaines personnes, qui se trouvent confrontées à l'ennui, lorsqu'elles n'ont pas la ressource de jouer, celle d'être *Homo Ludens* (Huizinga, 1938), un être sachant combler l'impression de vacuité, accessoirement de l'apprécier. Le psychiatre est parfois mandaté dans ce combat contre l'ennui, dans le souhait d'une vie intense, sans moment de solitude ou de platitude servant de contraste. Comment aider à générer du sens ceux qui ont tout et qui se dépriment et ne savent plus faire distinguer les désirs matérialistes d'un souhait d'épanouissement personnel ?

Les conflits de modèles en psychiatrie sont-ils apaisés ?

J'ai écrit (volume I, chapitre 1) que les conflits entre partisans de différents modèles de la psychiatrie deviennent moins fréquents et moins intenses. Les opinions quant aux soins des patients autistes en France a montré que ce n'est pas toujours le cas. Dans son livre sur l'autisme (2012), Agnès Aflalo, psychiatre et psychanalyste, évoque moins l'autisme que les abus de la psychiatrie et elle écrit que les psychanalystes se trouvent au premier plan pour dévoiler ces abus. Quelques phrases de cette thérapeute (prônant le sur-mesure et assurant que les psychanalystes écoutent les patients dans leur vérité) illustrent les conflits de modèles : « *La psychiatrie se voulait objective pour prétendre entrer dans le giron de la science. Au lieu de cela, depuis sa séparation d'avec la psychanalyse, elle accélère le naufrage scientifique de la discipline* ». Faut-il comprendre que la psychanalyse aurait sauvé la psychiatrie du naufrage ? Pour juger de ce *naufrage scientifique* de la discipline, je conseille la lecture des journaux de psychiatrie : on y trouve des travaux associant les données sociologiques aux données cliniques et biologiques, ainsi que des commentaires sur les insuffisances et des critiques des techniques de diagnostic et de soins. Ces journaux contiennent rarement des conclusions binaires et obsolètes, du type de celles d'Agnès Aflalo : « *De plus, le symptôme psy n'est jamais objectif. Non seulement il est subjectif, mais le psychanalyste en est partie prenante, car le sujet s'adresse à lui et ses réponses modifient son symptôme – lequel répond selon la façon qu'on a de s'adresser à lui. S'il*

en va ainsi, c'est que les êtres parlants sont faits de mots et de libido. Il est donc illusoire de penser le symptôme psy sur le modèle du symptôme médical. » Les patients atteints de trouble bipolaire, de trouble obsessionnel-compulsif, de maladie de Gilles de la Tourette, de syndrome d'Asperger, de trouble du déficit d'attention ou de déficit neurocognitif apprécieront ces phrases, eux qui n'envisagent pas d'exclure une aide médicale technique pour améliorer leur état mental. Ils savent qu'ils *sont faits de mots et de libido*, mais cela n'exclut pas qu'ils se plaignent de leur fonctionnement cérébral. Eugène Gabritschevsky (1893-1979), brillant chercheur et artiste, écrivit au sujet des premiers symptômes d'une maladie qui allait le faire vivre durant des décennies en hôpital psychiatrique : « *Toute ma vie était devant moi comme une large rue illuminée de soleil; je voyais si clairement vers où je devais me tourner et maintenant tout a sombré dans l'ombre.* » Les psychanalystes n'améliorent pas leur image en attaquant d'autres thérapeutes; les *coachs*, qu'ils semblent abhorrer, leur expliqueraient que la valorisation de soi au travers de la critique et de la délation d'autrui n'est pas idéale. La psychiatrie n'étant pas une science établie, expliquer aux patients les zones de *non connaissance* et de doute peut leur être bénéfique, plus que de déclarer péremptoirement telle ou telle méthode comme désastreuse.

De Claude Bernard (1813-1878) : « *Nous avons dit que la médecine expérimentale n'est pas un système nouveau de médecine, mais, au contraire, la négation de tous les systèmes. En effet, l'avènement de la médecine expérimentale aura pour résultat de faire disparaître de la science toutes les vues individuelles, pour les remplacer par des théories impersonnelles et générales qui ne seront, comme dans les autres sciences, qu'une coordination régulière et raisonnées des faits fournis par l'expérience.* » Et aussi : « *Si l'on considérait une théorie comme parfaite et si l'on cessait de la vérifier par l'expérience scientifique journalière, elle deviendrait une doctrine. Une doctrine est donc une théorie que l'on regarde comme immuable, et que l'on prend pour point de départ de déductions ultérieures, que l'on se croit dispensé de soumettre désormais à la vérification expérimentale.* »

Le psychiatre devrait-il s'intéresser à la structure de la société ?

En d'autres termes, le psychiatre devrait-il étudier les faits sociaux, la *réalité* du monde et aider son patient à faire de même ? Mais qui connaît la *réalité* ? « *Doctor, I'll face reality, if you'll define exactly what that is !* » De Bodinat (2008) : « *Et maintenant, s'il est très facile, avec tous les documents mis à notre disposition, de démasquer les déterminations sociales inconscientes, les limites culturelles et les préjugés qui faisaient la bêtise des hommes du passé; d'en percer à jour le manque de jugement, le peu de lucidité, l'irrationalité et c'est même amusant de les étudier si bornés,*

si crédules des superstitions à l'évidence absurdes et se satisfaisant d'une existence si dépourvue d'intérêt; on a moins d'aisance à concevoir les choses contemporaines, à démêler les conceptions de cette époque dans quoi nous sommes pris et qui a fait notre éducation, d'en déchiffrer les bizarreries au moyen des idées et du vocabulaire dont elle nous a dotés; de cette époque qui trouve normal de disposer d'un réacteur nucléaire pour se raser le matin et faire le café; qui n'imagine pas d'inconvénient à ce qu'on ravage l'univers de fond en comble afin de lui procurer du salami sous blister, de l'anti-transpirant et des chemises infroissables; qui ne s'étonne pas qu'on lui ajoute des rires enregistrés dans sa radiovision, qu'on défriche au bulldozer les derniers restes équatoriaux pour lui fabriquer des meubles de jardin qu'on peut laisser sous la pluie... » Paul Valéry (1871-1945) exprime une opinion qui devrait intéresser les psychiatres, dans Mélange (1941) : « *Purgez la terre des vaniteux, des niais, des faibles de cœur et d'esprit; exterminatez les crédules, les timides, les âmes qui font nombre; supprimez les hypocrites; détruisez les brutaux, et toute société devient impossible. Il faut, de toute nécessité, pour que l'ordre règne, qu'il y ait beaucoup d'hommes très sensibles aux honneurs et distinctions publiques; beaucoup d'hommes sans résistance devant les mots qu'ils ne comprennent pas, devant le ton et la violence verbale, les promesses, les images vagues et grossières, les fantômes et les idoles du discours. Il faut aussi une certaine proportion d'individus assez féroce pour apporter à l'ordre la quantité d'inhumanité dont il a besoin; il en faut aussi que les besognes les plus répugnantes n'écoeurent point. Il importe enfin qu'il existe une grande quantité d'êtres intéressés, et que la lâcheté soit plus commune, et par là politiquement plus forte que le courage. Mais si tous ces types d'imperfections sont indispensables, par leurs imperfections mêmes, à la vie d'une société, comment et pourquoi sont-ils dépréciés, mal qualifiés, condamnés dans les personnes par l'opinion qui émane de cette même société ? La sécurité générale, la stabilité, la prospérité reposent cependant sur eux.* »

On trouve dans les grandes religions, comme chez les philosophes, les gourous ou dans les livres de *self-help* (auto-assistance) des injonctions pour mener le lecteur (et le disciple) vers un état de bien-être, de réconciliation avec le monde et de développement de soi. Je décrirais ainsi la mission des psychiatres par rapport à la philosophie et aux concepts de sagesse et de bonheur : le clinicien devrait stipuler répétitivement qu'il n'a pas le secret de comment obtenir la sagesse et le bonheur, mais qu'il a quelques idées quant à la façon d'éviter les moments de malheur et de se méfier de tel ou tel comportement inspiré par un manque flagrant de sagesse. À cette fin, le psychiatre peut dire qu'il se considère comme un restaurateur ou comme un décorateur : il évoque un *menu*, c'est-à-dire une liste des changements envisageables pour la personne et de sa relation à l'environnement. Cette mission est délicate, comme le soulignait déjà Lucien de Samosate (120-180) dans *Les*

Sectes à l'encan, un texte où les dieux mettent en vente les philosophes pour ce qu'ils valent, à savoir pas grand chose. L'auteur évoque le ridicule de se croire un guide d'autrui vers la *sagesse*, en se fondant sur l'héritage d'Épicure (342-270 avant J.-C.) ou sur le *quadruple remède* (ou *tetrapharmakon*) : ne pas craindre les dieux, ne pas craindre la mort, savoir que l'on peut atteindre le bonheur et supprimer la douleur.

Et les religions ?

Les psychiatres aident les personnes lorsqu'elles confondent le vécu corporel et les émotions, lorsqu'elles distinguent mal les éléments de leur réalité, lorsque leur représentation du monde leur est néfaste. Le traitement a pour buts d'aplanir les souffrances, de redonner la capacité de plaisir. Les religions partagent ces buts. Un exemple parmi tant, sur le thème du paradis lors d'une émission de radio (Kronlund, 2013). Une femme : « ... chaque fois qu'on s'abstient ici de quelque chose, on le gagnera au paradis... » ; un homme, musulman : « ... le goût du sexe quand le sperme sort, c'est quelques secondes, mais au paradis le goût reste des années et des années... » ; un autre, agnostique : « ... quelqu'un qui a été généreux, gentil qui a voulu rendre heureux les gens autour de lui, qui a essayé d'évoluer, et bien cet homme là a créé, sans s'en rendre compte, une sorte d'aura lumineuse, de tendresse, de beauté, qui sera le lieu d'habitation éternelle après la mort... » ; un autre encore : « ... quelle angoisse, quelle angoisse, si on me dit effectivement que le paradis et l'enfer existent, et bien personne ne pourra aller au paradis, car personne n'est pile-poil dans le moule, on va tous se taper l'enfer, on va être qu'avec des cons... peut-être c'est ça l'instant de la mort, on a la clé du mystère et on rigole bien parce qu'on dit, tous ils se sont plantés... ce serait dommage qu'on donne une réponse, parce que vive les mystères, moi j'ai pas envie de savoir... » Voltaire (1694-1778) avait simplement déclaré : « *Le paradis, c'est là où je suis.* » J'ai écrit ce qui suit en commentant la différence entre monisme et dualisme (volume I, chapitre 2) : « *Le soin aux patients souffrant de trouble psychiatrique n'est ni le lieu, ni le temps pour discuter du bien-fondé des modèles monistes ou dualistes. Le thérapeute devrait éviter ce thème de discussion ; cela ne l'empêche pas d'informer le patient quant à son opinion, si ce dernier la demande. La pratique d'une religion apporte un secours face à la maladie.* » Les patients croyants peuvent être orientés vers un thérapeute connu pour partager leur foi.

Quels sont les avantages de consommer des substances psychotropes ?

Cette question fut discutée en 1967 par un groupe d'experts dont les travaux ont été publiés 4 ans plus tard (Evans et Kline, 1971). Ils envisageaient un développement d'aphro-

disiaques et de substance permettant de réduire le besoin de sommeil et visant à la correction (difficile) d'une dérive des comportements liée à la surpopulation, dérive étudiée tant chez l'homme que l'animal (Russel et Russel, 1979). Ces experts parlaient de la permanence de la tendance des humains à détruire ce qu'ils ont construit, à vouloir ressentir des états d'intoxication et à alléger la souffrance résultant du constat de la réalité. Ils ont fait des propositions curieuses, comme dire que la consommation de LSD par les personnes âgées pourrait, dans un monde d'ennui et de solitude, apporter des états transcendants, des moments dont la personne puisse se réjouir.

Un avenir râpeux pour le clinicien ?

Dans une société prônant la jouissance et la satisfaction individuelle, société porteuse d'une vision belliqueuse des rapports humains dans leur revendication de bonheur, faudra-t-il considérer tout nouveau patient *a priori* comme *ennemi*, avant la preuve du contraire ? Ou alors, la consultation ambulatoire d'un psychiatre deviendra-t-elle un refuge des rigoureux de la société, une forme, remboursée ou non par les assurances maladie, de *dernier salon où l'on cause*, le substitut des socialisations caduques de la religion, de la philosophie, du conseil et du soutien auprès des personnes âgées ? Ces alternatives sont attristantes ; il se pourrait qu'elles coexistent.

PROPOSITIONS QUANT À LA PSYCHIATRIE, LA CULTURE ET LA SOCIÉTÉ

→ Poser le diagnostic

Il s'agit d'explorer les attentes du patient sur le plan de son existence, ainsi que ses opinions quant à la société, la culture, la religion, la psychiatrie.

→ Informer le patient

Le psychiatre peut souhaiter intégrer dans les échanges avec son patient des considérations sur l'organisation de la société, sur la part d'imaginaire dans les développements médicaux qui nous sont promis, sur l'impact du consumérisme sur les opinions quant au bien-être.

→ Organiser le traitement

Des livres ou des films évoquant les conditions et les évolutions des sociétés peuvent être conseillés aux patients intéressés.

REMERCIEMENT

Davor Komplita a fait des commentaires et des propositions utiles pour la rédaction de ce chapitre.

BIBLIOGRAPHIE

- Aflalo A. Autisme, Nouveaux Spectres, Nouveaux Marchés. Navarin, Le Champ Freudien, Paris, 2012.
- Baltimore D, Berg P, Botchan M, et al. A prudent path forward for genomic engineering and germline gene modification. *Science* 348:36-38, 2015.***
- Barbier D. La Fabrique de l'Homme Pervers. Odile Jacob, Paris, 2013.
- Ben Yaha B. Les origines arabes du De melancholia de Constantin l'Africain. *Revue d'Histoire des Sciences et de leurs Applications* 7:156-162, 1954.***
- Bernard C. Introduction à l'Étude de la Médecine Expérimentale. Baillière, Paris, 1865.
- Caraco A. Le Bréviaire du Chaos. L'Age d'Homme, Lausanne, 1982.
- Costello EJ, Keeler GP, Angold A. Poverty, race/ethnicity, and psychiatric disorder: a study of rural children. *American Journal of Public Health* 91:1494-1498, 2001.
- Evans WO, Kline NS. Psychotropic Drugs in the Year 2000. Use by Normal Humans. Charles C Thomas, Illinois, 1971.
- De Bodinat B. La Vie sur Terre. Réflexions sur le Peu d'Avenir que Contient le Temps où Nous Sommes. Éditions de l'Encyclopédie des Nuisances, Paris, 2008.
- Finn ES, Shen X, Rosenberg MD, et al. Functional connectome fingerprinting: identifying individuals using patterns of brain connectivity. *Nature Neuroscience* 18:1664-1678, 2015.
- Green SA, Bloch S. Working in a flawed mental health care system: an ethical challenge. *American Journal of Psychiatry* 158:1378-1383, 2001.
- Huizinga J. Homo Ludens. Essai sur la Fonction Sociale du Jeu. Gallimard, Paris, 1938.
- Klitzman R, Abbate KJ, Chung WK, et al. Views of preimplantation genetic diagnosis among psychiatrists and neurologists. *Journal of Reproductive Medicine* 59 :385-392, 2014.***
- Kronlund S. Croyez-vous au paradis ? Émission : Les Pieds sur Terre. France Culture, 27 août, 2013.
- Leucht S, Hierl S, Kissling W, et al. Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. *British journal of Psychiatry* 200:97-106, 2012.
- Livingston Bruce M, Takeuchi DT, Leaf PJ. Poverty and psychiatric status. Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Archives of General Psychiatry* 48:470-474, 1991.
- Lobo MK, Nestler EJ, Covington HE. Potential utility of optogenetics in the study of depression. *Biological Psychiatry* 71:1068-1074, 2013.***
- Martin J. L'évolution de la médecine et les droits et devoirs des personnes et de la société. La question d'une solidarité civique dans l'usage des ressources. *Bulletin des Médecins Suisses* 82:120-132, 2001.
- McIntyre RS, Cha DS, Jerrell JM, et al. Advancing biomarker research: utilizing 'Big Data' approaches for the characterization and prevention of bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 16:531-547, 2014.
- Méheust B. La Politique de l'Oxymore. Comment Ceux qui Nous Gouvernent Nous Masquent la Réalité du Monde. La Découverte, Paris, 2009.
- Mojtabai R, Olfson M. National trends in psychotropic medication polypharmacy in office-based psychiatry. *Archives of General Psychiatry* 67:26-36, 2010.
- Monteith S, Glenn T, Geddes J, et al. Big data are coming to psychiatry: a general introduction. *International Journal of Bipolar Disorders* 3:21, 2015.
- Olfson M, Goldman HH. Psychiatric outpatient practice: patterns and policies. *American Journal of Psychiatry* 149:1492-1498, 1992.
- Rey-Bellet Ph, Berdet Blochet A, Ferrero F. Hospitalisations non volontaires à Genève : la liberté sous contrainte ? *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie* 161:90-95, 2010.***
- Roorda H. Œuvres Complètes, Tome I et II. L'Âge d'Homme, Lausanne, 1970.
- Rothman Th. In: The Future of Psychiatry. Hoch PH and Zubin J, ed. Grune and Stratton, New York, 1962.
- Russel C, Russel WMS. The natural history of violence. *Journal of medical ethics* 5:108-117, 1979.
- Sadler LS, Slade A, Close N, et al. Minding the Baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home visiting program. *Infant Mental Health Journal* 34:391-405, 2014.***

Chapitre 3

Normalité psychique

« ... L'homme entièrement possesseur de la plénitude de ses facultés, *mens sana in corpore sano*, est l'honnête bourgeois qui, ne s'occupant que de vivre paisiblement, coule dans son foyer domestique une paisible existence et meurt inconnu de tous, hormis de ses connaissances et de ses voisins immédiats. »
Grand Dictionnaire Larousse de 1876

- La *normalité psychique* se définit par la statistique, par la fonctionnalité sociale des personnes ou des groupes, par la culture ou par l'absence d'anomalies physiques ou psychiatriques reconnues.
- Choisir l'une ou l'autre des définitions de la normalité isole différents sous-ensembles de populations.
- La normalité psychique par référence aux troubles psychiatriques est un thème de débat.
- Les psychiatres sont parfois consultés pour s'exprimer quant à la normalité d'une personne, notamment dans le contexte légal. Ils sont rarement interrogés quant à la normalité de la société.

INTRODUCTION

Selon les critères choisis (de statistique, fonctionnalité, culture ou de symptomatologie psychiatrique), la normalité psychique sera définie différemment.

Critère de statistique

La normalité selon la statistique se réfère à l'idée d'une frontière permettant de qualifier de significatif un écart par rapport à la majorité. Mais où situer cette frontière ? Sur une distribution gaussienne (ou courbe *normale*), combien faudrait-il de déviations standards (DS), ou écarts types, pour décréter une frontière de la norme ? En prenant plus ou moins 1 DS, on considère comme normaux 68,2 % des sujets d'une population, avec 2 DS, ce serait 95,6 %. Si l'on s'en tient à ce que l'on sait de l'épidémiologie des troubles psychiatriques, il faudrait plutôt choisir la limite de 1 DS et n'inclure que 68,2 % de la population sous l'étiquette de la norme. Certes, il est facile d'étudier la distribution statistique d'une dimension donnée, d'une caractéristique psychologique et d'identifier les personnes dont les valeurs se situent hors de limites à 1 ou 2 DS. Mais il ne s'agit pas de prendre en considération une variable, mais une configuration de variables, une configuration psychique ; combien

de caractéristiques psychologiques devraient-elles s'écarter de 1 ou 2 DS pour que l'on exclut une personne de la normalité statistique ? Et des caractéristiques psychologiques données comptent plus que d'autres pour conclure à une configuration non normale ! Une personne peut avoir l'une ou l'autre de ses caractéristiques psychologiques à plus de 2 DS, sans se trouver hors norme selon des critères de fonctionnalité, de culture, de morale ou selon des critères médicaux.

Illustration clinique. Du fragment 35 du Livre de l'*Intranquillité* de Fernando Pessoa (1888-1935) : « Quand la canicule commence, je deviens morose. Il semble que la luminosité, même âcre, des heures estivales, devrait être douce à un être qui ne sait pas qui il est. Mais elle ne l'est pas pour moi. Le contraste est trop violent entre la vie extérieure, exubérante, et ce que je sens, ce que je pense, sans savoir sentir ni penser – cadavre de mes sensations laissé à tout jamais sans sépulture. J'ai l'impression de vivre, dans cette patrie informe appelée l'univers, sous une tyrannie politique qui, sans m'opprimer directement, offense cependant quelque principe caché de mon être. Alors descend en moi, lentement, sourdement, la nostalgie anticipée d'un impossible exil. » **Commentaire.** Le décalage par rapport à la norme peut n'avoir que des conséquences minimales, notamment lorsque la personne a d'autres qualités, génie chez Pessoa, par ailleurs atteint d'alcoolisme.

Illustration clinique. Piergiorgio Bellocchio (1931-) décrit un personnage que l'on ne rencontre pas souvent : Depuis sa jeunesse, il n'aimait pas les discussions passionnées, ni celles qui portent sur des problèmes généraux. Dès que la température s'élevait ou que l'atmosphère devenait raréfiée, il s'effaçait. Il nous laissait discuter, nous échauffer, sans même tenter de ramener le discours sur terre. Il nous abandonnait. Quelle était la part de pudeur, de mépris, de peur, derrière sa méfiance et sa réticence envers les passions et la métaphysique, quels étaient les fondements psychologiques et moraux de son attitude, je n'ai jamais pu le savoir. Quand on le mettait au pied du mur, il adoptait une formule de défense caractéristique. Si quelqu'un lui demandait, par exemple, s'il était heureux, ou son opinion sur les trous noirs, ou une prévision sur l'avenir du socialisme, il répondait presque invariablement : « Je ne me pose pas souvent cette question. » Un jour on lui demanda ce qu'il pensait d'une autre vie après la mort. « Je ne me pose pas souvent cette question », répondit-il, comme on pouvait s'y attendre. Mais son interlocuteur insistait : « Crois-tu ou ne crois-tu pas en l'immortalité de l'âme ? » Alors il dit : « Il faut prendre les choses comme elles viennent. Éventuellement, l'immortalité aussi. » **Commentaire.** Des personnes hors de la norme statistique par leurs idées ou leurs comportements sont parfois, et parfois pas, considérées anormales ; elles peuvent établir avec leur environnement des relations particulières, mais bénéfiques pour elles et autrui.

Sur le plan de la neuropsychologie, définir la normalité par la statistique est moins illusoire : on pose sur la base des compétences neuropsychologiques un diagnostic de handicap intellectuel ou de trouble neurocognitif, même si l'on débat aussi quant au choix d'une déviation de 1 ou 2 DS et du nombre exigé de variables déviantes.

Illustration clinique. Cette femme âgée de 65 ans se plaint de sa mémoire et dit sa peur d'être atteinte de la maladie d'Alzheimer, dont sa mère est décédée. L'examen neuropsychologique montre un QI de 90 et des valeurs de mémoire de travail et de mémoire à long terme sémantique de moins une DS. **Commentaire.** Cette femme est atteinte d'un déficit cognitif non démentiel si l'on prend en considération certains critères de définition de cette entité.

Les valeurs statistiques sont descriptives et plus rarement normatives.

Critère de fonctionnalité

Le concept de fonctionnalité s'applique à la personne et à ses interactions avec le groupe, sur la base de plusieurs principes. Premièrement, l'idée que le sujet est capable d'adaptation ; deuxièmement, l'idée de la *vicariance*, c'est-à-dire la capacité de réaliser une même chose différemment selon les individus ; troisièmement, la capacité d'inhiber des stratégies acquises afin d'accéder à de nouveaux apprentissages. Selon le critère de fonctionnalité, une personne est normale si ses compétences lui permettent de fonctionner dans la société. Une personne souffrant d'un syndrome de Down ne peut pas terminer des études et ne peut assumer

seule une existence professionnelle et sociale, mais elle peut vivre heureuse au sein de sa famille ou d'un milieu protégé.

Illustration clinique. Cet homme issu d'une famille pauvre a réussi son existence professionnelle de façon spectaculaire. Arrivé à l'âge de la retraite, il vit dans une grande solitude, n'ayant plus de raison d'interagir avec autrui et n'ayant pas développé d'intérêt en dehors de sa profession. **Commentaire.** La maladie, les changements environnementaux (familiaux, professionnels, sociaux) peuvent altérer la capacité d'adaptation de la personne et dépasser sa résistance au point de lui faire perdre sa fonctionnalité, sa normalité mentale.

La maladie impose à la personne une diminution des adaptations envisageables ; elle limite, mais n'exclut pas les adaptations. Le concept de résilience rend compte de cet équilibre entre normalité et non normalité.

Illustration clinique. Cette femme âgée de 90 ans présente un trouble mnésique sévère ; elle n'est toutefois pas confuse, hormis dans le temps. Sa vie dans une institution pour personnes âgées lui convient parfaitement : « C'est un très bon endroit pour passer la fin de ma vie et je plains toutes ces pauvres personnes, si malades. » **Commentaire.** Le critère de fonctionnalité pourrait faire conclure, pas si bizarrement, que cette femme est dans une forme de normalité.

La maladie peut favoriser la fonctionnalité, par exemple lors d'hypomanie, comme dans la vignette ci-dessous par Jules Falret (1824-1902).

Illustration clinique. « On ne sait pas assez et l'on ne saurait trop répéter qu'on rencontre fréquemment, dans les familles et dans la société, des individus que l'on ne considère pas comme des malades, moins encore comme des aliénés, et dont la vie entière se passe, à l'insu de la plupart des personnes qui les entourent, dans un roulement successif de périodes d'excitation modérée et de mélancolie peu prononcée et qui sont en réalité atteintes d'un degré évident, mais plus léger, de cette forme de maladie mentale. Ils continuent à vivre de la vie commune ou de la vie de famille, sans que l'on songe à les traiter comme des malades, bien loin de les considérer comme des aliénés et surtout de les faire enfermer dans les asiles. Tant qu'ils sont dans la période d'excitation, ces individus paraissent simplement avoir changé de caractère et avoir acquis momentanément une activité inaccoutumée. Ils s'occupent d'affaires, ils font des visites nombreuses, ils écrivent des lettres à des personnes qu'ils ne fréquentent pas habituellement ; ils ont un besoin de mouvement incessant ; ils dorment très peu, font des voyages ou des projets nombreux ; ils remplissent avec une activité fébrile les devoirs de leur profession, ou bien ils entreprennent des affaires nouvelles qu'ils cherchent à mener de front avec leurs occupations habituelles ; ils manifestent à tout propos une gaité exagérée ; ils se montrent intelligents, loquaces et même spirituels et quoiqu'il y ait toujours un grand désordre dans leurs actes et un certain décousu dans leurs discours, les personnes qui ne les connaissent pas de longue date ou qui ne les ont pas observés à d'autres époques ne peuvent pas juger de leur véritable situation mentale, tandis que la nature mala-

div de cet état n'échapperait pas à un observateur attentif et est quelquefois appréciée avec vérité par des membres de leur famille ou par ceux qui vivent habituellement avec eux... » (Falret, 1890). **Commentaire.** Les formes sous-syndromiques des troubles mentaux, dans ce cas la bipolarité (dite à l'époque la folie périodique) ont longtemps fasciné les écrivains.

Le critère de fonctionnalité est fondé sur une liste de capacités et compétences ayant pour conséquence une bonne adaptation de la personne, comme l'ont écrit Georges Canguilhem (1904-1995) en 1943 et Jean Bergeret (1923-) en 1974. Canguilhem a proposé le terme de *normativité* pour rendre compte de la capacité de la personne d'obtenir un fonctionnement satisfaisant malgré des événements adverses, c'est-à-dire de mener une existence normale alors que des facettes de sa biologie, de sa psychologie ou de sa situation sociale se trouvent hors des normes. La pathologie représente alors un frein à la possibilité d'accéder à de nouvelles façons d'être et les travaux en médecine et psychiatrie selon ce paradigme portent sur l'étude de la qualité de vie (*quality of life*) des patients. Outre la résilience, une série d'attitudes et de comportements, rassemblés sous le vocable de style de vie (*life style*) favorisent la santé physique et psychique. L'intelligence émotionnelle a valeur prédictive de la mise en œuvre de stratégies préventives des maladies, chez l'adulte comme chez la personne âgée (Sygit-Kowalkowska et al., 2015***).

La norme définie par la fonctionnalité a une plus grande pertinence à la santé psychique que celle définie selon la statistique, mais elle ne tient pas systématiquement compte des critères culturels et moraux.

Illustration clinique. Ce jeune avocat est enchanté de ses voyages par avion dans les villes d'Europe à chaque fin de semaine. Cet artiste de même âge que le jeune avocat vit dans un immeuble squatté et dépend de l'aide sociale. **Commentaire.** Chacun de ces jeunes adultes est normal selon le critère de fonctionnalité, dans le sens d'une bonne adaptation au milieu dans lequel il vit, mais, pour un observateur extérieur, chacun est adapté avant tout à son milieu, dont il ne questionne pas la nature.

Critère de culture

Selon cette définition, la norme est représentée par un ensemble de règles définissant un individu. Elle a de multiples facettes : idéal personnel, familial, professionnel, social, éthique, religion, etc. Il y a opposition possible entre une fonctionnalité qui permet à l'individu de créer sa place dans la société et une fonctionnalité favorable au groupe, exigeant plus de soumission, d'entraide et de conformisme. La norme culturelle se définit aussi statistiquement, par le partage des opinions et comportements d'une majorité, ce qui peut mener à des identifications issues du manque d'éducation et de formation, des identifications fondées sur l'inculture ou la stigmatisation de sous-groupes (artistes,

homosexuels, étrangers au pays, dirigeants politiques). Les règles sociales changent avec le temps et les sociétés : ce qui n'était aucunement toléré devient une règle de vie envisageable quelques décennies plus tard et d'autres exigences disparaissent, selon les cultures : respect des aînés, de la nation, de l'église, etc.

Le critère de culture est dépendant du milieu social, comme l'écrivait en 1861 Ulysse Trélat (1795-1879) dans *La folie lucide*, au sujet d'une de ses patients à la Salpêtrière : « Je m'étais demandé souvent, en passant devant elle et en subissant ses attaques, qu'elle appelait ses coups de fouet et ses légitimes vengeance, ce qui serait advenu si, au lieu d'une cuisinière impossible, puisqu'elle ne savait obéir, le sort eût fait d'elle une grande dame qui eût eu le droit de commander, une artiste, un peintre, un écrivain qui eût pu constituer son domaine moral, le valoir, en jouir et flageller à son aise l'humanité dans ses faiblesses est dans ses vices. Pauvre cuisinière, elle a fini dans une maison de folles ! Dans un salon, elle y eût été entourée d'hommages. La raison ou la folie serait-elle donc quelquefois relative ? »

Selon la culture, un symptôme indique ou n'indique pas une situation pathologique : on trouve pour plusieurs diagnostics CIM la mention « ne pas inclure un symptôme s'il s'agit d'une modalité de réaction culturellement admise. » Il y a aussi débat au sein des cultures quand à ce qui est admis, par exemple au sujet d'une vie ailleurs que sur terre.

Critère médical

Selon ce critère, être normal (la normalité) exclut la présence d'un syndrome ou d'une pathologie reconnue. Le critère médical est fondé avant tout sur la psychopathologie, mais il inclut aussi les aspects de statistique, de fonctionnalité, de culture et de morale évoqués ci-dessus.

Une série de manifestations cliniques sont considérées comme morbides et généralement associées à un trouble psychiatrique : état dissociatif, crise maniaque ou mélancolie, état démentiel, déficit de l'attention/hyperactivité, trouble obsessionnel-compulsif, psychopathie, etc. (ces syndromes s'observent parfois chez des personnes sans trouble psychiatrique, confrontées à des événements graves ou intoxiquées pharmacologiquement).

Le critère de normalité médicale est sévère : une personne menant une vie familiale et professionnelle normale, dans le sens de ressemblant à celle de la majorité, mais qui souffre d'un trouble obsessionnel-compulsif, est qualifiée de personne non normale (alors qu'elle ne serait pas qualifiée comme telle selon les critères de *normativité*, de fonctionnalité ou de culture).

Le critère médical de normalité comporte des seuils au-delà desquels le syndrome sera considéré pathologique et à prendre en charge médicalement. Ces seuils peuvent être qualitatifs, dichotomiques, ou suivre un continuum de peu sévère à sévère.

Illustration clinique. Cette femme âgée de 30 ans, de personnalité anxieuse et dépendante, entretient une relation amoureuse avec un homme de son âge, dont le comportement ressemble à celui de son père à elle, à savoir évitant et toxicomane. Le couple est malheureux. **Commentaire.** Sur le plan médical, l'homme a une consommation abusive d'alcool et de cocaïne, sans autre diagnostic reconnu selon le DMS ou la CIM. La femme a des symptômes sous-syndromiques d'un trouble anxieux et d'un trouble de la personnalité. Les associations comme celle de ces 2 personnes sont fréquentes. Ces 2 personnes ne sont pas satisfaites de leur vie : elles sont hors de la norme sur le plan de la fonctionnalité, ce que le chanteur suisse Sarclo (1951-) a qualifié de « couple macho-pétasse ». Sur le plan médical, seul le diagnostic d'addiction est posé chez l'homme. Un examen clinique psychodynamique ou des tests neuropsychologiques mettraient en évidence d'autres caractéristiques, qu'il faudrait qualifier ou non d'anomalies selon les critères médicaux.

En 1949, Georges Bernanos (1888-1948) dans *Les enfants humiliés* mentionne implicitement le critère médical, lorsqu'il écrit : « Je parle des imbéciles, non des idiots, des crétins ou des fous. L'univers du crétin, de l'idiot ou du fou est une création hagarde, où la vérité peut se trouver par hasard. Elle ne se trouve jamais dans l'univers de l'imbécile qui, par contre, le premier principe posé, se déduit comme un théorème. L'univers de l'imbécile est logique, l'imbécile toujours logicien, le raisonnement de l'imbécile est l'un des plus coriaces qui soient. »

ÉVOLUTION TEMPORELLE DE LA NORMALITÉ

Les critères statistiques, de fonctionnalité, de culture et médicaux ont changé au cours du temps. La magie, la sorcellerie, les actes du diable et d'autres manifestations de la superstition ont fait l'objet de persécutions systématiques. Ainsi dans le livre de Roland Gagey (1900-1976), *Satan et l'amour* (1965), on lit : « Grilladus, inquisiteur à Arezzo (1520) avoue mille sept cent soixante-dix victimes : inflexible et solennel, sans colère et sans pitié, c'est un sacerdoce qu'il exerce ; et nul autre Docteur, sauf peut-être le jésuite Delrio, n'est plus systématique et plus casuiste... Pierre de Lancre, conseiller au Parlement de Bordeaux, homme de naturel bienveillant et de mœurs faciles – amoureux des jolies sorcières, quand il ne les brûle pas – Pierre de Lancre avoue avec une désinvolture incroyable, en avoir condamné six cents dans l'espace de trois mois, au pays de Labourt (1609). » Plus personne ne sera persécuté s'il croit que des extra-terrestres ont dessiné le plan des pyramides, que des chiffres portent bonheur ou malheur, que l'horoscope et les prédictions astrologiques sont autre chose qu'un plaisant moyen de faire vendre un journal, etc. Les critères sociaux des comportements ont bien changé, comme l'illustre une citation désabusée de Louis Scutenaire (1905-1987) dans *Mes inscriptions, 1943-1944* : « Désirer sa mère, sa sœur, sa fille, sa grand-mère, une bancale, une lépreuse, une vache,

désirer être femme pour être foutue par son père, soi-même, son grand-père, l'amant de son épouse, une autre femme, un vidangeur, un bouledogue, est vraiment trop à la portée de chacun pour poser un homme. »

DÉFINITION DE LA SANTÉ

En 1946, l'OMS adopte la définition suivante de la santé, inchangée à ce jour : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » L'intérêt de cette définition réside en l'énumération des obligations en découlant : l'éducation, les stratégies de prévention, l'hygiène publique, l'organisation des soins et leur économicité ; les gouvernements et les institutions privées consacrent des efforts et un financement pour faire face à ces obligations. Le niveau moyen de santé et bonheur de la population dépend aussi de paramètres que les services de santé ne contrôlent pas, comme la richesse nationale et un climat ensoleillé.

Le concept de santé selon l'OMS ne se superpose pas à d'autres concepts de la normalité. Une personne peut répondre aux critères de la normalité sur le plan psychique, sans pour autant que les exigences de la définition de la santé de l'OMS soient remplies, à cause des insuffisances de son environnement.

Illustration clinique. Les personnes travaillant dans des entreprises de finance, banques ou officines d'investissement, ont, lorsqu'elles acquièrent un poste à responsabilités, des horaires de 60 à 80 heures par semaine, avec des courriels innombrables, qui les occupent le soir et le week-end. Un état d'épuisement les menace. **Commentaire.** Le rôle des psychiatres est alors d'aider une personne psychologiquement normale à surmonter les stressés issus d'une charge de travail excessive.

Une personne peut ressentir un bien-être sans être en santé : une personne chroniquement hypomane ou un diabétique heureux sachant contrôler ses glycémies ne sont pas en santé d'après la définition de l'OMS. Les gens en santé sont un sous-ensemble des gens normaux, ces derniers n'ayant pas tous un complet bien-être. L'impératif du bien-être dans les termes de la définition de l'OMS en 1946 fait courir le risque que la prétention à guérir ne devienne une exigence, opposant l'individu à la collectivité aux services de soins (Rossier, 2010).

LIMITES DE LA NORMALITÉ

L'augmentation du nombre des diagnostics dans le DSM et la CIM lors de leurs révisions successives pose la question de l'extension du concept de maladie mentale : toute personne serait-elle suspecte d'un diagnostic selon le DSM ou la CIM ? Cela n'est pas à ce point, les personnes considérées normales restent majoritaires, mais de peu, avec, dans la

population générale, près de 25 % de personnes tabagiques, 8 % d'alcooliques, 5 % à 10 % de déficients mentaux, 10 % au moins de personnes atteintes de troubles anxieux, psychotiques ou de l'humeur ou de troubles neurocognitifs.

La maladie maniaco-dépressive définie par Emil Kraepelin (1856-1926) est devenue le trouble bipolaire I dès le DSM-III; cela n'a pas changé le fait qu'il s'agit d'une situation grave, invalidante par les hospitalisations souvent nécessaires au cours de la vie. Mais, à l'image d'autres troubles, le trouble bipolaire a subi une extension au-delà de la forme la plus grave, la bipolarité de type I (Akiskal et Pinto, 1999). L'Encadré I contient une liste d'extensions des diagnostics, en partie à cause des critères de leur définition, de changements de la pratique clinique ou de changements culturels.

Encadré I. Troubles psychiatriques ayant subi une extension*

- **Troubles bipolaires** : extension aux troubles bipolaires de type II, voire de type III à IV et au spectre de trouble bipolaire; extension au trouble bipolaire de l'enfant.
- **Déficit de l'attention/hyperactivité** : extension chez l'adulte.
- **Trouble neurocognitif léger** : extension du spectre des troubles démentiels pour inclure les manifestations prodromiques chez la population vieillissante.
- **Trouble anxieux sociale** : extension de la notion de timidité.
- **Trouble dysphorique prémenstruel** : extension d'une situation clinique fréquente.
- **Trouble éjaculation précoce** : extension d'une situation clinique fréquente.

* Extension dans le sens de *pathologisation*.

Les situations de l'Encadré I soulèvent 3 questions. Premièrement, les personnes présentant un diagnostic de l'Encadré I bénéficient-elles de traitements médicamenteux innovants ? C'est le cas pour l'éjaculation précoce, pour le trouble dysphorique prémenstruel sévère, mais pas pour le trouble neurocognitif léger.

Deuxièmement, quel fut et quel est le rôle des industries pharmaceutiques par rapport à cette extension des diagnostics psychiatriques ? En effet, ceci a pour concomitance l'élargissement de la population cible d'un traitement médicamenteux. Les industries pharmaceutiques ont un rôle non désintéressé, une litote, dans cette extension des étiquettes de syndromes cliniques : c'est le *disease mongering* (Moynihan et al., 2002) ou *industrie de la médicalisation*, un thème auquel a été consacré un symposium publié dans le journal *open source* PLoS Medicine en 2006. Au États-Unis, depuis 1997, les industries pharmaceutiques ont l'autorisation de faire de la publicité directement auprès de la population et les thèmes de ces publicités portent souvent sur les maladies elles-mêmes. Les troubles souvent

cités sont le trouble érectile, le trouble dysphorique prémenstruel, le déficit de l'attention/hyperactivité, la phobie sociale, le trouble bipolaire de l'enfant (Tiefer, 2006). Les valeurs limites des lipides sanguins ou de la pression artérielle font aussi l'objet de publicité.

Troisièmement, quelles sont les conséquences culturelles et sociales du changement paradigmatique consistant à ne plus décréter comme normales des personnes qui ne se plaignent pas, à détecter celles dont la configuration d'une ou de plusieurs fonctions cérébrales supérieures répond aux critères d'un trouble CIM ou DSM, comme celui du déficit neurocognitif léger ? Enfin, le narcissisme de chacun est-il déjà un trouble sous-syndromique ? Pascal (1623-1662) a écrit : « *Nous ne nous contentons pas de la vie que nous avons en nous et en notre propre être : nous voulons vivre dans l'idée des autres d'une vie imaginaire, et nous nous efforçons pour cela de paraître. Nous travaillons incessamment à embellir et conserver notre être imaginaire, et négligeons le véritable.* »

QUESTIONS ET CONTROVERSES

Comment devenir *plus que normal* ?

Des auteurs anciens et contemporains ont publié des conseils pour un développement de la personnalité et des compétences. Les personnes se considérant comme normales achètent volontiers ces livres, entreprennent une cure psychanalytique ou participent à des séminaires d'expansion du psychisme. Des médicaments qualifiés de *smart drugs* sont consommés afin de stimuler certaines fonctions cérébrales supérieures, grâce à la lévodopa, le ginseng, la caféine et d'autres substances. La dihydroergotoxine (Hydergine®) faisait partie de cette liste jusqu'à son interdiction en 2014. Le bénéfice de ces mesures semble surtout exister pour les personnes ayant quelque manque ou déficit; les personnes normales peinent à devenir *plus que normales*, hormis lors des impressions que leur donne une intoxication à la cocaïne.

Et le bonheur ?

Les travaux récents indiquent que la tendance à être heureux dépend pour 50 % à 80 % de la génétique, que les peuples occidentalisés sont plus riches qu'en 1960, mais que la proportion de personnes se disant très heureuses reste la même, que les gagnants à la loterie retrouvent leur humeur usuelle après l'euphorie des quelques premières semaines, que les enfants sont plus anxieux maintenant qu'il y a des décennies.

Plusieurs voies visent à favoriser le bonheur. J'ai évoqué ailleurs la psychologie positive (volume I, chapitre I) (Peterson et Seligman, 2004), ainsi que le concept de *cosanté* (volume I, chapitre 36). Depuis des siècles, la contrition offre un accès au bonheur, selon les règles du calvinisme ou

du bouddhisme, par exemple. La drogue depuis longtemps et le consumérisme depuis moins longtemps sont d'autres accès à un bonheur, offrant une dérive et une fuite d'un monde insupportable ou insupporté.

Et la normalité des groupes ?

Les critères de norme statistique, de fonctionnalité, de culture ou de morale peuvent s'appliquer à l'évaluation de la normalité des groupes, une évaluation au sujet de laquelle les psychologues ou les psychiatres se prononcent rarement. Par rapport à la statistique, l'activité de guerre est la norme des groupes sociaux organisés en nations. Cet état de fait est quasiment accepté, en oubliant que le sociologue français Gaston Bouthoul (1896-1980) insistait pour que la *polémologie*, la science de l'étude du déclenchement des guerres (et non celle de les mener efficacement) reçoive reconnaissance et financement de recherche, pour ce thème au moins aussi important que le contrôle des épidémies ou les études de genre.

L'évaluation de la norme des groupes ajoute un niveau de complexité à celle des individus : quelle est la fonctionnalité de sociétés dévastant leur environnement, ce qui a fait écrire à Jaime Semprun (1947-2010) : « *Quand le citoyen-écologiste prétend poser la question la plus dérangement en demandant : quel monde allons-nous laisser à nos enfants ? Il évite de poser cette autre question, réellement inquiétante : à quels enfants allons-nous laisser le monde ?* »

George Orwell dans son livre *1984* (écrit en 1947) a évoqué la *novlangue*, une langue suffisamment appauvrie pour qu'elle enlève aux personnes la capacité et l'envie de réfléchir. Avec l'écran de télévision comme objet central de la salle de séjour, choisir le bon critère pour décréter la normalité du groupe social prend son sens : le critère statistique d'exposition moyenne durant 2 à 5 heures quotidiennes à l'abêtissement télévisuel est-il correct pour définir une norme, donc exclure une non norme ? L'évolution de la société mène à considérer comme comportements normaux, dans un sens statistique, la chirurgie esthétique de personnes jeunes, la promiscuité sexuelle, l'apologie du narcissisme, voire une forme de psychopathie du type « *Je le fais puisque tout le monde fait la même chose* » ou un ébahissement bienheureux devant les vidéos YouTube de charmants chatons.

Est-il normal de croire aux soucoupes volantes ?

Selon certains, les enlèvements (*abduction*) par des extra-terrestres peuvent arriver, ainsi que des viols par ces créatures. Les victimes terrestres font un *coming-out*, puisqu'il existe une littérature et une culture attestant de la réalité de ces faits ; elles peuvent chercher sur Internet les coordonnées de thérapeutes spécialisés dans les séquelles de relations sexuelles imposées par les habitants d'autres planètes,

thérapeutes qui écouteront leur description des petites ou grandes créatures qui les ont kidnappées.

La croyance en des visites terrestres de vaisseaux spatiaux est ancienne, déjà mentionnée dans la Bible et décrite à plusieurs occasions, simultanément par des témoins. Ces soucoupes volantes pourraient refléter des phénomènes atmosphériques et astronomiques. En 1947, un ballon sonde de l'armée américaine s'écrase à Roswell dans le Nouveau Mexique, mais l'on parle assez vite après l'accident de l'écrasement d'un ovni ; il s'en suit une controverse encore en cours, avec des personnes croyant à cette visite venue d'ailleurs et d'autres expliquant qu'une falsification de type rétrospectif rend compte de tout cela. Une autopsie d'un extraterrestre aurait eu lieu, dont le film est rendu public en 1993 (par la suite, l'auteur du film a admis une falsification). Le 10 octobre 1938, Orson Welles (1915-1985) annonce, dans la mise en scène réaliste d'une œuvre de science fiction, l'invasion des États-Unis par des extra-terrestres, ce qui créa une panique considérable dans la population.

La crédulité et la suggestibilité s'expriment différemment à différentes périodes ou cultures et selon les conditions de présentation des informations. Les phénomènes d'ovni représentent une des versions contemporaines de croyances anciennes, sur le diable, le sabbat, les sorcières et les phénomènes inhabituels. Les images et descriptions des sorcières sont au moins aussi fortes que celle des ovni quelques siècles plus tard, par exemple Guillemette Babin (1541-1564), dont Maurice Garçon (1889-1967) a raconté les contacts avec le malin dans *La vie exécrationnelle de Guillemette Babin*.

Illustration clinique. « La tribade qui criait comme femelle en gésine se souleva, jeta d'une poudre en l'huile, et tomba derechef, jurant, blasphémant, agitant horribles têtins, renversant les yeux dessous les paupières et se mordant le poing. La fumée l'enveloppant lors comme d'une nuée, la sorcière disparut à tous yeux, hurlant toujours plus fort et plus frénétiquement. La nuée s'élevant vers le ciel, devint épaisse et noire, de la grosseur environ d'un pilier d'église, puis se mua en corps humain, noir, crasseux, puant, formidable, avec visage obscur, brun et barbouillé, le nez difformément camus, les yeux enfoncés et fort étincelants, les mains et pieds crochus comme des vautours, les bras et les cuisses maigres et remplis de poils, les jambes de chèvre et les pieds fendus. Il avait trois cornes en la tête, avec quelque espèce de lumière verte en celle du milieu. »

Dans un petit opuscule de 1922, l'abbé F. Chatel décrit des apparitions de damnés, apportant un indice de l'existence de l'enfer.

Illustration clinique. « En l'année 1873, quelques jours avant l'Assomption, eut lieu à Rome une de ces terribles apparitions d'outre-tombe qui corroborent si efficacement la vérité de l'enfer. Dans une de ces maisons mal famées que l'invasion sacrilège du domaine temporel du Pape a fait ouvrir à Rome en tant de lieux, une

malheureuse fille, s'étant blessée à la main, dut être transportée à l'hôpital de la Consolation. Soit que son sang, vicié par l'inconduite, eût amené une dégénérescence de la plaie soit à cause d'une complication inattendue, elle mourut subitement pendant la nuit. Au même moment, une de ses compagnes, qui ignorait certainement ce qui venait de se passer à l'hôpital, s'est mise à pousser des cris désespérés, au point d'éveiller les habitants du quartier, de mettre en émoi les misérables créatures de cette maison, et de provoquer l'intervention de la police. La morte de l'hôpital lui était apparue entourée de flammes, et lui avait dit : « Je suis damnée; et, si tu ne veux pas l'être comme moi, sors de ce lieu d'infamie, et reviens à Dieu que tu as abandonné ! » Rien n'a pu calmer le désespoir et la terreur de cette fille qui, dès l'aube du jour, s'éloigna, laissant toute la maison plongée dans la stupeur dès qu'on y sut la mort de celle de l'hôpital. »

Le monde invisible, le surnaturel mena les humains à l'animisme et au fétichisme, puis, sans abandonner totalement ces génies d'antan, aux religions des 3 derniers millénaires. Les états mystiques, la stigmatisation, les extases, les possessions, les transes et hallucinations collectives accompagnent les croyances religieuses; lorsque la force de ces croyances diminue, comme dans quelques cultures occidentales, les miracles du *new age* prennent la place laissée libre par les grandes religions et les gourous les plus variés multiplient le nombre de leurs adeptes.

PROPOSITIONS QUANT À LA NORMALITÉ PSYCHIQUE

→ Poser le diagnostic

Chez les personnes sans trouble mental, l'anamnèse révèle fréquemment des situations et problèmes de la catégorie Z de la CIM-10 (*facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé*) nommés autrement dans le DSM-5 (*situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique*). Identifier un trouble sous-syndromique permet parfois de mieux répondre aux attentes des personnes qui s'adressent à un thérapeute.

→ Informer le patient

Pour les patients demandant d'être rassurés quant à leur santé mentale, un examen neuropsychologique peut être indiqué pour établir la normalité de fonctions cérébrales supérieures comme l'attention, l'intelligence ou la mémoire.

→ Organiser le traitement

Des personnes sans diagnostic psychiatrique, ou avec un trouble sous-syndromique, demandent à faire des thérapies, soit à long terme (meilleure compréhension de soi), soit transitoirement (lors d'événements de vie difficiles). Le clinicien devrait évaluer la demande, décider s'il y répond lui-même ou s'il aide le patient dans la recherche d'un thérapeute.

SOURCES D'INFORMATIONS

https://www.ted.com/talks/robert_sapolsky_the_uniqueness_of_humans C'est l'adresse pour visionner une conférence en anglais de Robert Sapolsky (1957-) à l'Université de Stanford, sur le thème de la nature humaine, des compétences mentales comparées entre les animaux et le mammifère humain : 37 minutes passionnantes.

REMERCIEMENT

Myriam Noël-Winderling et Davor Komplita ont fait des commentaires et des propositions utiles pour la rédaction de ce chapitre.

BIBLIOGRAPHIE

- Akiskal HS, Pinto O. The evolving bipolar Spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psychiatric Clinics of North America* 22:517-534, 1999.
- Bergeret J. La Personnalité Normale et Pathologique. Dunod, Paris, 1974 et 2003.
- Canguilhem G. Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique. Thèse en médecine, 1943. Le Normal et le Pathologique. PUF, Paris, 1966, 2003.
- Falret J. Études Cliniques sur les Maladies Mentales et Nerveuses. Baillière, Paris, 1890.
- Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease-mongering. *British Medical Journal* 324:886-891, 2002.
- Peterson C, Seligman ME. Character Strengths and Virtues. A Handbook and Classification. Oxford University Press, New York, 2004.
- Rossier Y. L'impératif du bien-être : réflexion critique sur la notion de santé. *Bulletin des Médecins Suisses* 91:1284-1298, 2010.
- Sygit-Kowalkowska E, Sygit K, Sygit M. Emotional intelligence vs. health behavior in selected groups in late adulthood. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* 22:338-343, 2015.***
- Tiefer L. Female sexual dysfunction: A case study of disease mongering and activist resistance. *PLOS Medicine* 3:e178, 2006.

Chapitre 4

Non normalité psychique

« Nous sommes des êtres infantiles, névrotiques, délirants, tout en étant aussi rationnels... Aussi la folie est-elle un problème central de l'homme, et pas seulement son déchet ou sa maladie. »
Edgar Morin (1921-)

- La psychiatrie a comme champ d'activité le traitement d'anomalies psychiques reconnues et de déficits significatifs de fonctionnalité des personnes.
- La *non normalité psychique* est facilement identifiée quand la psychopathologie s'avère considérable.
- Lorsque la non normalité n'est pas évidente, en zone *grise*, on parle de situations sous-syndromique, lors desquelles l'identification de la non normalité fait débat, que l'on choisisse le critère statistique, de fonctionnalité, de culture ou de symptomatologie médicale.
- Le psychiatre est aussi consulté pour des demandes qui n'ont pas à voir avec des troubles psychiatriques, mais avec les conséquences psychiques de difficultés d'adaptation à des données relationnelles, sociales, voire culturelles.

INTRODUCTION

Une maladie se définit par la présence d'une configuration de signes et symptômes et par des mécanismes pathogènes confirmés ou postulés. Cette définition est acceptée globalement et la construction de nosographies apporte quelques réponses à la question de la frontière entre normalité et maladie.

Voltaire (1694-1778) a consacré son article *Folie* du *Dictionnaire philosophique* à la question de la frontière entre normalité et non normalité, article dont voici un extrait : « Qu'est-ce que la folie ? C'est d'avoir des pensées incohérentes et la conduite de même. Le plus sage des hommes veut-il connaître la folie, qu'il réfléchisse sur la marche de ses idées pendant ses rêves. S'il a une digestion laborieuse dans la nuit, mille idées incohérentes l'agitent ; il semble que la nature nous punisse d'avoir pris trop d'aliments, ou d'en avoir fait un mauvais choix, en nous donnant des pensées ; car on ne pense guère en dormant que dans une mauvaise digestion. Les rêves inquiets sont réellement une folie passagère. La folie pendant la veille est de même une maladie qui empêche un homme nécessairement de penser et d'agir comme les autres. Ne pouvant gérer son bien, on l'interdit :

ne pouvant avoir des idées convenables à la société, on l'en exclut : s'il est dangereux, on l'enferme ; s'il est furieux, on le lie... Cette réflexion peut faire soupçonner que la faculté de penser, donnée de Dieu à l'homme, est sujette au dérangement comme les autres sens. Un fou est un malade dont le cerveau pâtit, comme le goutteux est un malade qui souffre aux pieds et aux mains ; il pensait par le cerveau, comme il marchait avec les pieds, sans rien connaître ni de son pouvoir incompréhensible de marcher, ni de son pouvoir non moins incompréhensible de penser. On a la goutte au cerveau comme aux pieds. Enfin après mille raisonnements, il n'y a peut-être que la foi seule qui puisse nous convaincre qu'une substance simple et immatérielle puisse être malade... »
Fontenelle (1657-1757) avait son opinion sur ce thème : « Tous les hommes sont fous. Les frénétiques sont seulement des fous d'une espèce particulière. Les folies de la plupart des hommes étant de même nature, elles se sont si aisément ajustées ensemble qu'elles ont servi à faire les plus forts liens de la société humaine ; témoins ce désir d'immortalité, cette fausse gloire et beaucoup d'autres principes, sur quoi roule tout ce qui se fait dans le monde ; l'on appelle plus fous que certains fous qui sont pour ainsi dire hors-d'œuvre et dont la

folie n'a pu accorder avec celle de tous les autres, ni entrer dans le commerce ordinaire de la vie. » Et il dit également, poétiquement : « *Les hommes sont faits comme les oiseaux, qui se laissent toujours prendre dans les mêmes filets où l'on a déjà pris cent mille oiseaux de leur espèce. Il n'y a personne qui n'entre tout neuf dans la vie et les sottises des pères sont perdues pour les enfants.* »

Une série de syndromes psychiatriques ont été identifiés depuis des siècles (souvent sous d'autres noms qu'actuellement) : hystérie, délires, hallucinations, mélancolie, manie, état mixte, toxicomanie, anorexie mentale, démence, etc.

Répercussions

Une proportion des patients souffrent de leurs symptômes sans déranger ou agresser autrui. D'autres ont des comportements les mettant en opposition avec autrui, la société, voire la justice. Il peut s'agir de patients présentant un trouble délirant paranoïaque, un des nombreux troubles paraphiliques, une toxicomanie sévère, un trouble de la personnalité *borderline*, un trouble disruptif du contrôle des impulsions et des conduites. Ces patients aboutissent plus que d'autres en prison. Un rapport de collaboration n'est pas aisé à obtenir avec eux et ils ne sont pas les patients préférés des thérapeutes, pour utiliser une litote.

Ainsi, trop d'anxiété, voire trop d'empathie et de sensibilité mènent les personnes à consulter un psychologue ou un psychiatre, alors que l'insuffisance de ces fonctions cérébrales supérieures peut les conduire face au juge.

NATURE DE LA FOLIE

Les écrivains et les philosophes ont écrit sur la folie, *madness* en anglais, un concept dont le terme plus technique de *trouble mental* n'a rien changé de sa polysémie, mais a limité le champ d'application. En effet, le concept de folie (jugé peu scientifique) dépasse les frontières de celui de trouble mental ; la folie définit les humains au-delà des syndromes et entités psychiatriques reconnues, elle s'applique à toutes sortes d'extrêmes dans les comportements et les passions. Dans ce paragraphe, il ne s'agit pas de *folie douce*, de *corps en folie*, ni de *faire le fou*, mais du rapport entre folie et CIM ou DSM.

J'emprunte des passages du livre *Histoire de la folie* (1939) par Bruno Cassinelli (1893-1970) ; sur près de 500 pages, cet avocat italien s'interroge, sur la base de sa grande érudition, quant à la nature de la folie (son travail est antérieur à la thèse de Michel Foucault (1926-1984) *Folie et Déraison, Histoire de la folie à l'âge classique*, soutenue en 1961). Cassinelli énumère les sociétés et les cultures dont les penseurs furent capables, dès la Grèce ancienne, l'Inde et la fin du moyen âge de décrire des entités cliniques de troubles mentaux, d'en proposer de premières classifications, d'assigner aux aliénés leur place parmi les hommes et d'insister sur

l'ineptie d'explications superstitieuses et d'évocations de phénomènes surnaturels. Ces premières attitudes innovantes n'ont pas persisté au cours des siècles, le moins que l'on puisse dire, puisque la fréquentation du diable a valu à des milliers de femmes et d'hommes d'être massacrés, avec parmi ces victimes des personnes convaincues être allées par les airs aux bals du sabbat « *baiser le diable aux parties honteuses d'arrière* ». Cassinelli rappelle que des psychiatres gardent l'idée de l'hystérie comme état de possession que guérit l'invocation du saint nom de Jésus. Son livre est admirable comme collection de textes et opinions des philosophes et des grands écrivains sur la folie des humains et des animaux, sur la folie dans l'art et d'autres thèmes. L'Encadré I contient quelques-unes de ses phrases sur le thème de la folie.

Encadré I. Citations sur la folie de Bruno Cassinelli

- « *L'enfant est extrêmement personnel, autant qu'un poète. Le fou est individualiste : comme un anarchiste. Ce sont là quatre sensibilités qui se ressemblent. Comprendre la raison de l'existence sociale est une forme de résignation et de sagesse : l'enfant, le poète, le fou, l'anarchiste ont toujours, d'instinct, des objections toutes prêtes.* »
- « *Ainsi est la folie : une sensation qui s'arrête, qui envahit l'âme et la dérobe au jeu multiple des sensations. La vie est un accord et un contraste de sons : la violence extrême d'un seul de ces sons est la folie.* »
- « *La folie a un fond de fétichisme, de partialité minutieuse, un angle visuel restreint, borné avec subordination de la personnalité, jusqu'à l'esclavage absolu, à un fantôme, ou plus objectivement à une idée, et toujours la même, au moins pendant longtemps.* »
- « *... lorsque la divine folie d'un seul (Jésus) devient la raison de tous (christianisme) elle cesse d'être de la folie.* »
- « *Le critérium philosophique peut dialectiquement détruire le critérium de la folie, mais le concept sociologique le confirme et le consacre journallement. L'unique point stable, l'unique rayon fixe, est la raison sociale. Si nous la prenons comme centre d'orientation, nous verrons que le fou est l'individu étranger à la collectivité... même si le poète ajoute amèrement : que la folie finisse dans un asile ou sur un trône, cela dépend de la raison.* »
- « *Réfléchir, c'est douter ; la perplexité est à la base de la critique et du raisonnement.* »

Une rupture dans le fonctionnement mental peut se faire pour des raisons organiques, psychologiques ou sociales. Et quasiment chaque fonction cérébrale supérieure peut s'altérer par l'un de ces mécanismes : *folie* de la mémoire, *folie* de la pensée, *folie* des émotions, *folie* de l'environnement. Paul Valéry (1871-1945) reconnaissait les manques du psychisme humain : « *Il ne faut pas traiter les hommes d'imbéciles – le mot incomplets serait généralement plus approprié. Nous le voyons, quand nous sentons que nous n'avons pas tous nos moyens.* » Il a évoqué dans sa conférence de 1935, *Le Bilan de l'intelligence*, les questions suivantes : « ... Si

L'esprit humain pourra surmonter ce que l'esprit humain a fait ? Si l'intellect humain peut sauver d'abord le monde, et ensuite soi-même ? » Il a conclu avec une apologie de l'introspection : « Le sport intellectuel consiste donc dans le développement et le contrôle de nos actes intérieurs. Comme le virtuose du piano ou du violon arrive à accroître artificiellement, par études sur soi-même, la conscience de ses impulsions et à les posséder distinctement de manière à acquérir une liberté d'ordre supérieur, ainsi faudrait-il, dans l'ordre de l'intellect, acquérir un art de penser, se faire une sorte de psychologie dirigée... C'est la grâce que je vous souhaite. »

Folie, CIM et DSM

Sébastien Brant (1457-1521) a rédigé un long poème sur les pensées et les comportements des humains, qu'il a nommé *Narrenschiff* ou *La Nef des fous* : « On brasse actuellement bien des superstitions et on lit l'avenir dans le cours des étoiles : tous les fous y croient ferme pour faire des projets. » Érasme, avec une culture plus moderne, moins marquée de la religion du moyen âge, a rédigé *L'Éloge de la folie*, une série de remarques et déclarations que fait la folie en observant les hommes : « Tout ce qui se fait chez les hommes et plein de folie ; ce sont des fous qui agissent avec des fous. Si donc une seule tête entreprend arrêter le torrent de la mul-



Figure 1. Extension de la folie

Illustration par Hans Holbein l'Ancien (1460-1524) de L'Éloge de la folie : salutation nous venant du XVI^e siècle, en rappel que la sagesse ne guide pas le monde et que si elle le guidait, l'endroit ne serait pas forcément si recommandable (il ne s'agit bien sûr pas ici des troubles psychiatriques sévères, invalidants).

titude, je n'ai qu'un conseil à lui donner : c'est, qu'à l'exemple de Timon, il s'enfonce dans un désert et qu'il y jouisse tout à son aise de sa sagesse. » Érasme propose que, sans la folie, « nulle société, nulle union ne saurait être ni agréable, ni ferme. »

Les phrases de l'Encadré I s'appliquent bien sûr aux troubles mentaux, mais aussi à d'autres situations non assimilées à des diagnostics de trouble mental : la folie des humains couvre un territoire psychique bien plus large que les entités des troubles psychiatriques de la CIM ou du DSM. Reconnaître cette folie c'est s'étonner de ce mystère qu'est le psychisme humain et de l'inconséquence de son propre mental. Quoi qu'il en soit, les diagnostics CIM ou DSM ne disent qu'une part de la *folie* des humains.

TERMINOLOGIE

Une profusion de termes portant sur la maladie est ses répercussions. En français : *déficience, handicap, incapacité, maladie, morbidité, souffrance, symptôme, syndrome, trouble*. En anglais : *deficiency, disability, disease, disorder, distress, handicap, illness, impairment, morbidity, symptom, syndrome*. La question de l'aspect interchangeable ou non de ces termes se pose, en français comme en anglais. En anglais, le concept de *sickness*, ou sensation d'être malade, vient s'ajouter à *disease, disorder* et *syndrome*, auxquels on accorde des sens différents, bien que parfois ces différences ne soient pas évidentes, au travers de textes quelque peu circulaires : « *A disease is a disorder of structure or function in a human, animal, or plant.* » Les concepts

Encadré II. Concepts liés aux maladies*

- **Déficience.** La déficience ou l'incapacité (*impairment*) est la perte ou l'insuffisance d'une fonction corporelle ou mentale.
- **Handicap.** Le handicap (*disability*) représente des déficiences et limitations des activités imposées par la maladie ; il peut être évalué avec précision. Il dépend en partie de la réponse du groupe social à la non normalité de la personne.
- **Souffrance.** La souffrance (*distress, illness*) représente le ressenti de la personne ; c'est une donnée subjective, dont la relation à la maladie varie entre les personnes (et entre les maladies).
- **Maladie.** La maladie (*disease*) est une entité bien définie sur le plan symptomatique et dont la physiopathologie est connue, au moins en partie.
- **Trouble.** Le trouble (*disorder*) est une entité bien définie sur le plan symptomatique, mais sans que la physiopathologie soit connue.
- **Syndrome.** Le syndrome (*syndrome*) est un assemblage de symptômes, que l'on peut considérer comme synonyme de *maladie* ou de *trouble*, selon que sa physiopathologie est ou non connue, au moins en partie.

* Traduction anglaise entre parenthèses.

constitutifs de la notion de maladie et de ses conséquences (Encadré II) peuvent être étudiés pour eux-mêmes ou en relation les uns aux autres.

Les termes de *trouble* et *syndrome* sous-entendent plus de prudence ou d'incertitude dans l'identification des entités que le terme de *maladie*. Dans la CIM et le DSM, des entités sont qualifiées de troubles, alors qu'il s'agit de maladies, ou encore ces termes sont associés, comme lors de *trouble neurocognitif dû à la maladie d'Alzheimer*.

DÉFINITIONS D'UN TROUBLE

Le terme de *trouble (disorder)* s'utilise depuis longtemps. La définition de la CIM-10 est claire : « *Bien qu'il pose problème, le terme trouble est utilisé systématiquement dans la classification. Le recours à d'autres termes, tel que celui d'affection ou de maladie aurait en effet soulevé des problèmes encore plus importants. Le terme de trouble n'est pas un terme précis : dans la CIM-10, il indique simplement la présence d'un ensemble de symptômes et de comportements cliniquement identifiables, associés, dans la plupart des cas, à un sentiment de détresse et à une perturbation du fonctionnement personnel.* »

La définition d'un trouble mental est restée inchangée du DSM-III au DSM-IV et a été un peu modifiée dans le DSM-5 : « *Un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou à une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement. Les réponses attendues ou culturellement approuvées à un facteur de stress commun ou à une perte, comme la mort d'un proche, ne constituent pas des troubles mentaux. Les comportements déviants sur le plan social (par exemple sur les plans politique, religieux ou sexuel) ainsi que les conflits qui concerne avant tout le rapport entre l'individu et la société ne constituent pas des troubles mentaux, à moins que ses déviations ou ces conflits résultent d'un dysfonctionnement individuel, tel que décrit plus haut.* »

Différences entre les classifications

Selon le DSM-IV, un trouble (*disorder*) peut être qualifié de présent si un syndrome est identifiable (*disease*) et si la société reconnaît un handicap (*disability*). Selon le DSM-5 la présence d'un syndrome est suffisante pour parler de trouble, ce qui rapproche le DSM-5 de la CIM-10, même si l'association à une altération du fonctionnement social est diversement reconnue (Sartorius, 2013).

Incomplétude des classifications officielles

Les définitions ne peuvent tenir compte inclusivement de toutes les situations imaginables. Ainsi, la définition d'un trouble selon le DSM-5 comporte cette phrase : « *Les réponses attendues ou culturellement approuvées à un facteur de stress commun ou à une perte, comme la mort d'un proche, ne constituent pas des troubles mentaux.* » Cela pourrait exclure le trouble de stress post-traumatique, puisqu'il y a alors un facteur de stress commun et des réponses attendues (les traducteurs ont choisi *commun* pour le mot anglais de *common* qui signifie plutôt *fréquent* ou *usuel*.) Dans la CIM-10, se pose la question de la nature d'une *perturbation du fonctionnement personnel* : « *Selon la définition donnée ici, une conduite sociale déviante ou conflictuelle, non accompagnée d'une perturbation du fonctionnement personnel, ne doit pas être considérée comme un trouble mental.* »

ÉPIDÉMIOLOGIE

Selon une enquête de l'OMS auprès de 14 pays et 60 463 personnes, la prévalence à 12 mois de troubles selon le DSM-IV est de 4,3 % à Shanghai, 9,1 % à Pékin, à 18,4 % en France et 26,4 % aux États-Unis (Demyttenaere et al., 2004^{***}). La distribution des motifs d'hospitalisation en psychiatrie a changé au cours des décennies (Keill, 1986) ; il se peut que ce soit aussi le cas de la symptomatologie des patients ambulatoires, mais on dispose de peu de statistiques à ce sujet (Kamerow et Burns, 1987 ; da Silva et Blay, 2010 ; Bjerke et al., 2013).

Troubles mentaux, neurologie, pharmacologie et psychologie

Le clinicien qui lit la liste des syndromes de la CIM-10 et du DSM-5 constate qu'une proportion importante des diagnostics appartiennent aux domaines de la neurologie, de la pharmacologie ou de la médecine interne.

DSM-5 et neurologie

Un nombre considérable de troubles du DSM-5 sont des maladies neurologiques : retard mental, démences, syndrome de Gilles de la Tourette, trouble obsessionnel-compulsif, déficit de l'attention/hyperactivité et quelques troubles de l'alternance veille-sommeil. Les troubles neurodéveloppementaux regroupent une trentaine de codes et un nombre plus élevé de syndromes ; les troubles neurocognitifs, une cinquantaine de codes et un nombre plus élevé de syndromes. Dans la CIM-10, les démences ont des codes G (avec ajout d'un code F de trouble psychiatrique selon la comorbidité de troubles du comportement). Des maladies codées comme neurologiques selon la CIM-10

sont aussi des troubles psychiatriques, par exemple la dégénérescence du système nerveux due à l'alcool (G31.2).

DSM-5 et pharmacologie

Un nombre considérable de troubles psychiatriques ont une cause pharmacologique : troubles liés à l'usage de substances et leurs répercussions, ainsi que troubles de mouvements et autres effets indésirables induits par un médicament.

DSM-5 et médecine interne

Dans le domaine de la médecine interne, on relève les troubles de conduites alimentaires, les troubles du contrôle sphinctérien, une série de troubles de l'alternance veille-sommeil et quelques dysfonctions sexuelles. Pour plusieurs troubles, le diagnostic psychiatrique n'est posé que si la symptomatologie ne s'explique pas par une maladie physique, par un autre trouble psychiatrique ou par la prise d'une substance : cela ouvre un large éventail de diagnostics différentiels !

DSM-5 et psychodynamique

Le psychiatre intéressé à la psychodynamique devrait consulter d'autres textes que le DSM-5 : les concepteurs du DSM-5 ont récusé les explications psychopathologiques de nature psychodynamique, à cause de la volonté d'appliquer un modèle médical à la psychiatrie et à cause de la complexité d'études cliniques testant les hypothèses psychodynamiques.

INCOMPLÉTUDE DES FONCTIONS CÉRÉBRALES SUPÉRIEURES

Les performances cognitives de l'espèce humaine sont excellentes, mais également déficientes (volume I, chapitre 3 et 39, ainsi que ce volume). Une série d'incomplétudes des fonctions cérébrales supérieures sont innées, une série s'expliquent par l'éducation et le mode de vie (même chez des personnes n'ayant pas souffert de pauvreté matérielle ou de manque de scolarisation), une autre série d'incomplétudes sont dues aux maladies. Ces incomplétudes se manifestent comme insuffisances de capacités : établir les causalités, se situer dans la durée, résister aux injonctions de l'environnement, faire des apprentissages, tolérer la solitude, comprendre les mécanismes de l'humeur, accepter le changement. Ci-dessous quelques commentaires au sujet de ces incomplétudes.

Établir les causalités

Pouvoir établir rapidement et correctement les relations de causalité est une des fonctions exécutives centrales à l'intel-

ligence fluide. Le déficit d'intelligence fluide peut avoir des conséquences, comme illustré ci-dessous par *l'affaire du cochon d'Inde*.

Illustration clinique. Cette femme âgée de 50 ans arrive à la consultation en retard, furieuse et désespérée. L'histoire récente est comme suit. Le fils, âgé de 18 ans, de son partenaire a mené son cochon d'Inde dans la forêt et l'y a abandonné : l'animal était malade et le fils a pensé que le renard le mangera. La patiente trouve ce comportement désastreux et elle a dénoncé le jeune homme au poste de police, pour que les gendarmes interviennent face à ce comportement inacceptable envers un animal malade. Son partenaire ne trouvait pas la situation si dramatique, déclarant : « J'aurais fait comme mon fils », ce qui n'a rien arrangé et a mené la patiente à conclure qu'elle devrait se séparer de son partenaire, un homme dévoué qui l'aide et la soutient. **Commentaire.** Libérer un animal de compagnie malade dans la forêt peut poser problème si l'animal a une maladie contagieuse pour d'autres animaux ou pour les hommes, ou s'il pourrait survivre, se reproduire et se substituer à la faune locale.

Se situer dans la durée

Il s'agit de distinguer correctement la différence entre ce qui se passe à l'instant et ce qui porte sur la longue durée.

Illustration clinique. Cet homme âgé de 55 ans se fâche pour des détails et reconnaît ensuite son impulsivité. Il prévoit, lors de chacune de ces violentes querelles de rompre la relation avec sa maîtresse. Il n'attribue pas, ou pas suffisamment, son insatisfaction au fait que celle-ci protège sa propre vie privée et n'envisage pas le partage de chaque moment de l'existence, tout en ayant un attachement pour lui. **Commentaire.** Le clinicien souligne au patient que le déficit de l'attention/hyperactivité joue un rôle dans l'impulsivité : il explique l'importance de ne pas toujours réagir dans l'ici et maintenant, c'est-à-dire de ne pas se laisser entraîner par l'émotion en cours sans considération de la plus longue durée. L'explication de la nature du déficit de l'attention/hyperactivité et des risques du présentisme fut suffisante pour obtenir quelques changements favorables du comportement de cet homme.

Résister aux injonctions de l'environnement

Résister aux injonctions de l'environnement, tout comme se situer dans la durée, exige un fonctionnement adéquat des structures préfrontales, afin que le rôle inhibiteur de ces réseaux neuronaux puisse donner à la personne une relative indépendance par rapport à ses idées et émotions momentanées.

Faire des apprentissages

Les conditions d'accès aux apprentissages sont d'accepter de vivre une nouvelle expérience et d'avoir la capacité d'intégrer cette expérience comme un souvenir accessible dans le futur.

Tolérer la solitude

Rester seul pose problème à bien des personnes. Autrui est anxiolytique, par rapport à un abandonnisme pouvant remonter à la maltraitance de l'enfance, par rapport à la crainte de la confrontation à soi-même, au sens de son existence, à son décès futur ou, prosaïquement, au fait de s'ennuyer.

Illustration clinique. Cet homme âgé de 50 ans, déprimé, divorcé, sans enfants, souffre d'un grave handicap rhumatologique l'empêchant de poursuivre sa profession d'électricien. Il reçoit le bénéfice de l'assurance invalidité, ce qui lui permet de vivre, mais lui demande un contrôle de chaque dépense. Il se plaint d'une grande solitude. Durant des mois de traitement psychiatrique, des tentatives ont été faites pour rompre cet état de solitude. Par hasard, le patient croise un ancien ami de jeunesse et il s'insère ensuite dans le club de boules de cet ami. Il ne joue que rarement et très mal à cause du handicap physique, mais il fait alors connaissance d'autres personnes et reconstruit une vie sociale, spontanément, c'est-à-dire sans intervention des services sociaux ou de santé. **Commentaire.** La participation des patients à des repas en commun, à de l'art thérapie avec dessin et modelage, à des ateliers protégés ne permet pas toujours de briser la solitude, certains patients préférant passer leurs journées seul dans leur logement.

De Myriam Noël-Winderling (in press), au sujet de la solitude : « Ce que l'homme moderne appelle solitude vient de ce qu'il est ou se sent exclu du monde d'autrui. Dans l'absence du partage, il est réduit à la compagnie de lui-même et, à n'exister pour personne, il s'évanouit à sa propre conscience. Cette solitude fait honte : ceux du dehors se moquent. Elle est peuplée des autres, de leur absence, de la représentation, du désir et du souvenir des autres. Il y a toujours un je, un tu, une histoire. Il y a toujours, au loin, un témoin dont le regard déflore. La souffrance naît de l'extrême tension entre soi et les autres qu'entraîne leur éloignement : à tant s'efforcer vers eux que l'on s'écartèle. Cette solitude, loin d'exclure du monde, lie à lui plus sûrement qu'une corde : elle est le bruit du monde fait désir. L'autre solitude, dans laquelle on est si seul que l'on n'y est même pas soi-même, est une solitude sans témoin. Là, nul ne regarde : ni d'ailleurs, ni du dedans. Cette solitude sans yeux est dépouillée de tout langage, de tout geste, de toute intention, de toute connaissance. Rien du monde n'y reste accroché. Elle est la paroi lisse sur laquelle tout peut s'inscrire, traverser et se défaire : la seule sensation y est celle de l'inscription, à la crête des choses. Un tressaillement. Telle solitude est le lieu où vit le sujet, à l'envers de son expérience. Elle efface la prescription, le commandement qui vocifère dehors. Elle est le silence qui délie l'homme de sa condition d'aphasique, muet ou inféodé à un énoncé qu'il ne peut que répéter. La nature du silence qui mène à la dé-libération est cette solitude sans témoin, qui est l'endroit d'où le sujet peut partir pour rencontrer autrui dans la solidarité face à son irréductible différence, cette condition semblable qui les unit. »

Distinguer les émotions des pensées

Un truisme : tout événement (privé, professionnel ou social) enclenche une réponse émotionnelle de valeur positive ou négative selon l'événement. La personne réagit parfois plus aux émotions ressenties qu'aux données concrètes de l'événement.

Illustration clinique. Ce retraité regrette de n'avoir eu accès à une meilleure éducation dans sa jeunesse, du fait de son abandon par son père et de la pauvreté. Il a créé une entreprise de publicité et a bien gagné sa vie, mais après un conflit avec un associé, il a été mis en faillite. Depuis, il est irritable, désespéré et il s'accuse de n'avoir pas réagi correctement ; il en veut à ses amis qui ont une retraite aisée. **Commentaire.** Des pertes autres que le deuil sont également irréversibles, irrémédiables. L'expression compare and despair rend compte de ces situations, souvent résistantes au traitement.

Les émotions ont un rôle de guide en pondérant la signification des événements ; il y a lieu de signaler que cette pondération peut aussi se faire à l'excès, voire comme fausse alarme (en l'absence d'événements justifiant l'émotion). Ces informations aident quelque peu le patient pour une gestion plus étale de ses émotions.

Introspection restreinte, négativisme, passivité

Les personnes n'ayant pas une bonne capacité d'introspection réagissent plus en fonction de leurs émotions (pensée fondée sur les émotions) et moins en fonction d'une analyse intellectuelle (pensée fondée sur la réflexion). Le négativisme consiste à prévoir systématiquement la version pessimiste des événements. Les patients avec passivité ne prennent pas d'initiative, ne se sentent pas capables d'intervenir dans leur vie, donc attendent l'aide d'autrui.

STIGMATISATION

Les contraintes des cultures, des religions et de l'économie ont justifié et justifient l'exclusion sociale de personnes et de groupes de personnes, au nom de l'athéisme ou de la religion, de la folie, de la dangerosité sociale et prosaïquement au nom de la difficulté de tolérer qu'autrui soit si différent. Comme exemple ancien, on trouve les sorcières au moyen âge européen et comme exemple récent, la mise à mort des apostats de l'islam. Quelques sociétés reconnaissent comme sages et comme guides des personnes en état dissociatif chronique ou présentant hallucinations et délires.

Des institutions émettent des recommandations et des règles afin que cesse la stigmatisation de personnes atteintes de divers syndromes ou maladies, par exemple les personnes obèses, alcooliques, porteuses de maladies infectieuses (virus d'immunodéficience humaine, hépatites B et C, herpès, etc.), souffrant de troubles psychiatriques majeurs (Sartorius, 2002^{***}) ou ayant des orientations sexuelles hors de la norme.

Illustration clinique. Cette annonce a été diffusée durant les années 1980 à la télévision des États-Unis. On y voyait une jeune femme qui semblait s'éprendre d'un homme, jusqu'au moment où ce dernier a allumé une cigarette. La jeune femme déclarait alors : « I understood that he was a failure ». **Commentaire.** La stigmatisation pouvait rendre service dans l'optique de la prévention ; elle a été remplacée par les photographies sur les paquets de cigarette de tous les désastres dus à cette addiction.

Une étude dans 13 pays européens et sur plus de 1 000 patients a montré que le diagnostic de trouble bipolaire et celui de dépression restent à l'origine d'une stigmatisation, ressentie par 72 % des patients (Brohan et al., 2011).

Illustration clinique. Cet homme âgé de 30 ans commet des erreurs et des imprécisions dans son travail. Il pense qu'il serait mieux qu'il informe son supérieur qu'il est en traitement pour un déficit de l'attention/hyperactivité. Son thérapeute lui déconseille de mentionner son diagnostic dans son lieu de travail et de n'en informer que des personnes très proches, dont il pense qu'elles ne diffuseront pas cette confiance. **Commentaire.** Talleyrand (1754-1838) a écrit : « Ne dites jamais du mal de vous. Vos amis en diront toujours assez. » Les cliniciens doivent décider s'ils conseillent (ou pas) à leurs patients de garder pour eux leurs étiquettes CIM ou DSM. Rester discret quant à leur diagnostic psychiatrique ou aux particularités de leur personnalité semble un conseil avisé à donner aux patients.

La lutte contre la stigmatisation a pour limite un risque de nier ou de banaliser des états mentaux tels que le délire, l'état dissociatif ou la psychopathie. Ne pas reconnaître ces différences peut mener les personnes à se lier à des patients psychiatriques, au prix de grandes souffrances.

Illustration clinique. Cet homme âgé de 25 ans a une relation affective avec une femme souffrant d'un trouble de la personnalité borderline sévère, avec alcoolisme comorbide. Il est épuisé par le fait que toutes ses pensées sont focalisées sur les réponses à apporter aux accusations permanentes de son amie, qui est persuadée qu'il la trompe et qui accuse et injurie des femmes amies du couple.

Illustration clinique. Cette femme avec trouble de la personnalité borderline a épousé un militaire de carrière haut gradé, strict et obsessionnel ; cela lui a permis de se stabiliser dans un rôle d'épouse clairement défini quant aux exigences de l'entretien du ménage et dans son rôle de belle femme accompagnatrice. **Commentaire.** Des conditions de vie favorables font que des personnes ayant un diagnostic psychiatrique reconnu ont des comportements et des pensées dans la norme lorsque le niveau des stressors est bas, leur donnant la possibilité d'une rémission.

COEXISTENCE DE NORMALITÉ ET NON NORMALITÉ

La configuration des talents et compétences varie d'une personne à l'autre. Des facettes de cette configuration favorisent l'épanouissement des dons, d'autres les empêchent.

Illustration clinique. Cet artiste peintre ne fait aucune confiance aux galeristes qui souhaitent organiser des expositions et il a intenté des procès à plusieurs d'entre eux. Ce comportement est indépendant de son trouble bipolaire, mais lié probablement à un trouble de la personnalité narcissique. L'absence de la capacité de collaborer selon les usages sociaux fut un obstacle à la reconnaissance de la qualité de sa production artistique.

La maladie donne une importance au patient : il occupe et préoccupe les soignants et ses proches. Il s'établit un équilibre entre les symptômes et les compétences non morbides, qui définit une configuration mixte, composée de non normalité (symptômes et syndrome) et de normalité (relations à autrui, capacités professionnelles, etc.). La vie de Louis Althusser (1919-1990) illustre comment une grave morbidité psychiatrique peut s'accompagner de capacités et de créativité d'exception sur le plan intellectuel.

Illustration clinique. Althusser a publié des textes théoriques devenus célèbres au sujet de Karl Marx (1818-1883) et au sujet de la psychanalyse. C'est lui qui a offert à Jacques Lacan (1901-1981) la possibilité de donner un séminaire à l'École Normale Supérieure à partir de 1963. Il a étranglé sa femme en 1980 ; il a vécu dès le lendemain en hôpital psychiatrique quelques années et est décédé en 1990. Il a parlé ainsi du meurtre : « Ça s'est passé, je n'y étais pas, mes mains y étaient, mais moi je n'y étais pas. » Althusser a offert des justifications de son crime, telles que libérer son épouse de son malheur à elle, un « homicide altruiste ». Avant le meurtre, il avait souffert d'états dépressifs et maniaques sévères et annuels ; il avait eu des idées délirantes. Les électrochocs, le lithium et d'autres médicaments psychotropes, ainsi que des psychanalyses ne l'ont pas aidé beaucoup. **Commentaire.** Les diagnostics de trouble bipolaire, de psychose, de dissimulation et de possible mythomanie, ainsi que d'abus d'alcool et de sédatifs ont été posés ; le diagnostic de trouble du comportement du sommeil paradoxal pourrait éventuellement être ajouté à la liste.

Le mélange de normalité et non normalité chez les individus est un truisme, que rappellent à l'évidence la biographie des individus, les histoires des familles et le rôle des politiciens dans l'aventure des nations. Des livres résument les pathologies physiques et mentales des dirigeants politiques, comme *Ces malades qui nous gouvernent* un livre de Pierre Accoce et Pierre Rentschnick (Stock, 1996) et *Ces fous qui nous gouvernent. Comment la psychologie permet de comprendre les hommes politiques* de Pascal de Sutter (Arènes, 2007). Le dilemme est que les électeurs semblent apprécier de voter pour des personnalités qui séduisent, qui promettent la stabilité et le progrès et qui peuvent aussi devenir tyranniques. Le réformateur Jean Calvin (1509-1554), de ceux qui établirent les bases de la théologie protestante, fut un politicien redouté qui plaça sous contrôle, espionnage et contraintes les habitants de Genève, interdisant les loisirs et les parures et obligeant à la fréquentation des cultes ; Calvin ne vivait que pour sa mission pour Dieu et l'église, sans empathie lorsqu'il s'agissait de défendre la religion.

QUESTIONS ET CONTROVERSES

La maladie est-elle l'absence de la santé ?

Certes, la santé est atteinte lorsque survient la maladie et dans ce sens, la santé se définit par l'absence de maladie. Mais, également, la maladie s'installe lorsque les mécanismes normaux ne suffisent plus à contrebalancer des processus exogènes ou endogènes : la maladie représente un nouvel état d'équilibre, une allostase. Nietzsche (1844-1900) a écrit « *La valeur de tous les états morbides (pathologiques) consiste en ceci : qu'ils montrent sous un verre grossissant certaines conditions qui, bien que normales, sont difficilement visibles à l'état normal.* » Henri Laborit (1914-1995) a insisté sur le fait que les mécanismes de défense de la personne peuvent être à l'origine d'une morbidité; il avait étudié les réponses à l'anesthésie et développé durant les années 1940 à 1950 le *cocktail lytique* (antihistaminique, antipsychotique typique sédatif, analgésique opiacé) dans le but de bloquer les réponses corporelles aux stressseurs, puisqu'elles sont dangereuses en elles-mêmes. Sur le plan de la psychiatrie, des événements difficiles peuvent induire des symptômes morbides chez une personne en santé dont la capacité de résister se trouve dépassée.

Illustration clinique. Cet homme âgé de 30 ans se trouve en arrêt de travail pour un état d'anxiété, de dépression et de colère : la femme avec laquelle il a une relation a menti quant à la contraception, elle est enceinte, refuse un avortement et lui impose la paternité de l'enfant à naître.

Origine psychologique ou physique des troubles psychiatriques ?

Le débat sur la nature cérébrale des maladies mentales est passionnant, alimenté par les découvertes des neurosciences, de la psychologie et de l'anthropologie. Quelques personnes n'acceptent ni l'organicité possible, ni la réalité de la pathologie. Le psychiatre Thomas Szasz (1920-2012) a écrit que la maladie mentale est un mythe : le corps et l'esprit étant de nature différente, il ne peut exister de maladie de l'esprit et les maladies ne concernent que le corps (il s'est associé à la secte de scientologie dans le combat contre la psychiatrie). L'argument de Szasz, fondé sur le dualisme cartésien de la séparation du corps et de l'esprit, n'est plus recevable (Schramme, 2013). Mais le matérialisme (monisme), dans le sens d'une identité de nature du corps et de l'esprit pose aussi questions. Dans la version *réductionniste* du matérialisme, l'esprit est assimilé au cerveau; or, la correspondance de ces 2 entités n'est pas prouvée, même si des lésions cérébrales données aboutissent à des symptômes spécifiques et même si des corrélats en neuroimagerie sont systématiquement notés lors de tel ou tel syndrome. La version *éliminative* du matérialisme

simplifie le débat, puisque selon cette forme extrême du matérialisme, l'esprit n'existerait même pas...

Un déni de responsabilité ?

La médicalisation de la vie psychique semble, au moins en partie, peu compatible avec la notion de libre arbitre (Mondham et al., 1992). Les psychiatres ont convaincu le public et la justice qu'une longue série de comportements hors normes résultent d'états maladiers. Ceci a des conséquences légales : si le retard mental et les démences sont acceptés comme maladies, c'est moins le cas de la kleptomanie, de la pyromanie, du trouble sadisme sexuel ou de l'addiction aux jeux d'argents. Face à la justice, la personne doit assumer des comportements comme étant de son choix, non excusables par la notion de maladie.

Et les troubles sous-syndromiques ?

Les symptômes et syndromes psychiatriques de peu de sévérité ont néanmoins des répercussions sur l'évolution des personnes (volume I, chapitre 28, ce volume, chapitre 192). Les classifications DSM et CIM étant catégorielles plus que dimensionnelles, elles ne rendent pas compte clairement des situations sous-syndromiques. Or, ces troubles ont des conséquences personnelles, sociales et professionnelles sévères et de même nature et sévérité que celles de troubles reconnus, par exemple la dépression majeure (Judd et al., 1994; Sadek et Bona, 2000).

Des entités à exclure de ou inclure dans la non normalité ?

Des personnes avec dysphorie de genre ou paraphilie se défendent de souffrir d'un trouble mental. À l'inverse, j'indique et commente dans ce manuel une liste d'entités à ajouter éventuellement aux classifications officielles des troubles psychiatriques : obésité, fatigue chronique, fibromyalgie, agitation, perceptions et états de conscience modifiés, stimulation sexuelle persistante, troubles mentaux sous-syndromiques, *triade obscure*, état d'épuisement ou *burn-out* mythomanie.

Le *disease mongering* est-il parfois acceptable ?

Les critiques adressées *disease mongering* insistent que les industries pharmaceutiques agissent au dépens du bien-être de la population par la diffusion d'informations sur une maladie afin d'augmenter les ventes de médicaments, au prix d'une inquiétude quant à des risques morbides. Les industries sont accusées de vendre des médicaments peu efficaces et potentiellement toxiques, pour des symptômes inventés. Ces critiques sont parfois justifiées, parfois pas. Le bien-fondé de traiter des situations antérieurement

considérées normales ou inéluctables justifie, en partie, le *disease mongering* : prévention lors d'obésité, lors de comportements néfastes à la santé (addiction, etc.), prévention primaire ou secondaire des accidents vasculaires cardiaques ou cérébraux par les statines (des thèmes hors du cadre de ce texte).

Le *disease mongering* se justifie également, en partie, lorsque le syndrome ou ses symptômes étaient insuffisamment reconnus. Par exemple, le syndrome des jambes sans repos (syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil) fut décrit durant les années 1950, par Karl-Axel Ekblom (1907-1977), avec la réponse favorable à l'administration de fer dans les années 1960 et celle de la lévodopa en 1986. Ces découvertes n'ont pas été suffisamment diffusées, alors que ce syndrome atteint 5 % à 10 % de la population des pays occidentaux.

D'autres exemples où le *disease mongering* serait acceptable, voire un facteur de mieux vivre, sont l'anorgasmie, des changements sévères d'humeur avant les menstruations et la faiblesse de l'érection. En 2013, l'éjaculation précoce, ou prématurée, fut le thème d'une campagne du laboratoire ayant reçu une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour la dapoxétine, un inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine de courte demi-vie (T_{1/2}β). Les collaborateurs de la revue *Prescrire* ont estimé que l'*European Medicines Agency* (EMA) n'aurait pas dû accepter l'enregistrement de ce médicament. Sur Internet encore, des médecins se prononcent en soulignant les conséquences des troubles de l'érection et de l'éjaculation sur la vie des personnes ; l'internaute peine à décider si ces informations dépendent ou non d'un marketing des industries pharmaceutiques. Peut-être les services de santé public devraient-ils monopoliser le *disease mongering*, plutôt que les industries pharmaceutiques ? Et le portail *Grand-Mère, blog des remèdes, recettes et astuces*, ne contient pas d'information au sujet de l'éjaculation précoce : à qui se fier ?

PROPOSITIONS QUANT À LA NON NORMALITÉ PSYCHIQUE

Des propositions sont faites dans les chapitres au sujet des troubles psychiatriques.

REMERCIEMENT

Myriam Noël-Winderling, Pierre Sindelar et Davor Komplita ont fait des commentaires et des propositions utiles pour la rédaction de ce chapitre.

BIBLIOGRAPHIE

Bjerke E, Ole A, Solbakken OA, et al. Are there specific relationships between symptom pattern and interpersonal problems among psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 96:237-244, 2013.

Borch Jacobsen M. Big Pharma. Une Industrie Toute-puissante qui Joue avec Notre Santé. Les Arènes, Paris, 2013.

Brohan E, Gaudi D, Sartorius N, et al. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: the GAMIAN-Europe study. *Journal of Affective Disorders* 129:56-63, 2011.

Caraco A. Bréviaire du Chaos. L'Age d'Homme, Lausanne, 1982.***

Da Silva PF, Blay SL. Prevalence and characteristics of outpatient psychotherapy use: a systematic review. *Journal of Nervous and Mental Disease* 198:783-789, 2010.

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 291:2581-2590, 2004.

Judd LL, Rapaport MH, Paulus MP, et al. Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *Journal of Clinical Psychiatry* 55 (suppl.): 18-28, 1994.

Kamerow DB, Burns BJ. The effectiveness of mental health consultation and referral in ambulatory primary care: a research lacuna. *General Hospital Psychiatry* 9:111-117, 1987.

Keill SL. The changing patient population in general hospital psychiatric services. *General Hospital Psychiatry* 8:350-358, 1986.

Mondham RH, Scadding JG, Cawley RH. Diagnoses are not diseases. *British Journal of Psychiatry* 161:686-691, 1992.

Rahman SA, Marcu S, Kayumov L, et al. Altered sleep architecture and higher incidence of subsyndromal depression in low endogenous melatonin secretors. *Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 260:327-335, 2010.

Sadek N, Bona J. Subsyndromal symptomatic depression: a new concept. *Depression and Anxiety* 12:30-39, 2000.

Sartorius N. Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal* 324:1470-1471, 2002.***

Sartorius N. Présentation au Groupe Qualité des Psychiatres. Genève, novembre 2013.

Schramme T. On the autonomy of the concept of disease in psychiatry. *Frontiers in Psychology* 4:457, 2013.***

Scott EM, Hermens DF, Naismith SL, et al. Distress and disability in young adults presenting to clinical services with mood disorders. *International Journal of Bipolar Disorders* 1:23, 2013.***

Chapitre 5

Classification et codage

« Il est assez stérile d'étiqueter les gens et de les presser dans des catégories. »
Carl Gustav Jung (1875-1961)

- Une *classification* offre des règles plus ou moins pertinentes pour un rangement d'objets concrets ou abstraits.
- Un système de classification des maladies devrait pouvoir être utilisé par différents groupes professionnels, ce qui peut demander plusieurs versions de la classification.
- Les 2 systèmes principaux de classification en psychiatrie sont la *Classification Internationale des Maladies* (CIM, codes F00 à F99) et le *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (DSM).
- Le clinicien qui veut poser un diagnostic et coder les signes et symptômes de son patient se confronte, selon les cas, à une course d'obstacles : la nature et la sévérité des symptômes détermine le diagnostic, mais le diagnostic différentiel n'est pas toujours évident. Certains troubles ont un code CIM, alors que d'autres doivent être décrits en toutes lettres. Certaines situations fréquentes en clinique n'ont pas de code.
- Le DSM-5 comporte des critères de classement plus explicites que la CIM-10, ainsi que des listes plus longues de diagnostics différentiels. La CIM-10 a l'avantage d'énoncer des listes de termes synonymes ou proches pour les entités cliniques regroupées sous un code donné.
- Utiliser les codes CIM-10 pour rendre compte d'entités du DSM-5 ne tient pas compte des discordances qui persistent entre ces systèmes de classification. Ces discordances s'expliquent en partie par la vingtaine d'années séparant la publication de la CIM-10 (début des années 1990) de celle du DSM-5 (début des années 2010).
- Les critiques adressées au DSM-5 portent sur une médicalisation de réactions psychologiques aux événements de vie et sur le peu de prise en compte du psychisme. Les concepteurs du DSM-5 avaient l'objectif de proposer une nosographie à la fois dimensionnelle et fondée sur des marqueurs biologiques, mais ceci n'a pas été réalisable.
- Le passage du DSM-IV au DSM-5 a abouti à une série de changements. Le système multiaxial du DSM a été supprimé ; le regroupement des troubles apparaissant chez l'enfant a été supprimé, ce qui est regrettable par rapport à la spécialisation en pédopsychiatrie ; les sous-catégories des troubles schizophréniques ont été supprimées, remplacées par des spécifications. Les troubles de l'humeur ont été séparés en troubles bipolaires et troubles dépressifs. Ces changements influencent peu la pratique, mais ils compliquent l'interprétation des études épidémiologiques et celle des essais cliniques.
- En plus des codes F pour les troubles psychiatriques, la CIM-10 comporte des codes (T et Z) de situations pouvant mener à des consultations, indépendamment d'un diagnostic psychiatrique. Les codes Z de la CIM-10 intitulés *facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé* figurent dans le DSM-5 sous la désignation *d'autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique* (avec adjonction d'une série de codes T).
- La CIM-10 peut être consultée gratuitement sur Internet, en version résumée ou complète. Le DSM-IV-TR a été placé en accès libre sur Internet depuis la publication du DSM-5 ; ce dernier n'est pas accessible gratuitement sur Internet.
- La version de travail de la CIM-11 est accessible sur Internet. Sur plusieurs points, elle diffère du DSM-5.
- Trouver les codes qui définissent la situation d'un patient demande de relire les chapitres concernant ces troubles, afin de s'assurer des critères et des codes.

INTRODUCTION

Dans ce chapitre, je discute des systèmes de classification des diagnostics psychiatriques, en complément du chapitre 34 du volume I et du chapitre 70 du volume II. J'évoque les critères du diagnostic de chaque entité dans les sections cliniques (chapitres 9 à 194), mais je ne reprends pas mot à mot les textes de la CIM-10 ou du DSM-5.

Choix des critères

Lichtenberg (1742-1799) a écrit : « *Cet homme travaillait à un système d'histoire naturelle dans lequel il avait classé les animaux d'après la forme des excréments. Il distinguait trois catégories : les cylindriques, les sphériques et ceux en forme de tarte.* » Cette boutade résume un dilemme dans l'élaboration d'une classification. En rangeant les livres d'une bibliothèque, on peut choisir le classement alphabétique par auteur. On peut aussi séparer les livres d'art, souvent de grande taille, ce qui est visuellement plus satisfaisant, mais mène à la tentation de classer ensemble tous les grands livres, quel que soit leur thème. Il est possible de classer les livres par thème et de réaliser ensuite un classement alphabétique par auteur au sein de chaque thème. Il est possible de mettre ensemble les livres de valeur, ou encore ceux fréquemment consultés, ou encore ceux empruntés à la bibliothèque, ceux à rendre à des amis et ceux non rendus. Et il restera toujours une catégorie *autre, inclassable* ou à classer.

Ces menues difficultés du classement de livres prennent des proportions inquiétantes lorsqu'il faut classer les souffrances psychiques des êtres humains; la liste de critères imaginables devient considérable : les symptômes, la ou les fonctions cérébrales supérieures atteintes, l'âge, l'hérédité, l'introspection ou non du patient, la cause de survenue du trouble, l'origine psychologique ou biologique, les nombreux mécanismes psychologiques, les nombreux mécanismes biologiques, le pronostic de rémission, la qualité d'amélioration attendue par le traitement, le handicap, les répercussions sociales, le coût du traitement. Comment choisir et hiérarchiser ces critères importe, comme illustré ci-dessous.

Illustration de classification. Le fait qu'un trouble psychiatrique soit induit par une maladie physique a été stipulé comme critère hiérarchiquement élevé, avec les situations cliniques codées F06.xx. Ainsi, une psychose induite par une maladie physique a le code F06.2 s'il y a délire (trouble délirant organique d'allure schizophrénique), F06.0 s'il y a hallucination (état hallucinatoire organique), mais il n'y a pas de code F06.xx pour la présence simultanée de délire et hallucination. Un trouble bipolaire induit par une maladie physique a le code F06.33 s'il y a hypomanie ou manie et F06.34 s'il y a des symptômes mixtes. Les troubles psychiatriques organiques de la catégorie CIM-10 F06.xx auraient pu alternativement faire l'objet d'un chapitre séparé du DSM-5 plutôt que de se trouver répartis dans les différents chapitres.

Choix du système de classification

Les psychiatres en Europe et dans beaucoup d'autres pays (à l'exception des États-Unis et du Canada) utilisent la CIM-10. Cette classification est bien connue. Elle a l'avantage d'être plus simple que le DSM-5. On ne pourrait faire de reproches à un psychiatre européen se désintéressant totalement du contenu du DSM-5, puisque sa pratique, le remboursement des patients, les statistiques de santé et les expertises en assécurologie ou en justice ne sont pas fondées sur les entités du DSM. De plus, se désintéresser du DSM-5 a le grand avantage de ne pas encombrer la mémoire avec des noms différents pour une même entité : des catégories globales de syndromes et des syndromes n'ont pas le même nom dans la CIM-10 et le DSM-5 (Encadré I).

Encadré I. Quelques différences de terminologie*

- Troubles de l'identité sexuelle : *dysphorie de genre*.
- Troubles de la préférence sexuelle : *troubles paraphiliques*.
- Retard mental : *handicap intellectuel*.
- Troubles envahissants du développement : *trouble du spectre de l'autisme*.
- Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou une maladie organique : *dysfonctions sexuelles*.
- Perturbation de l'activité et de l'attention : *déficit de l'attention/hyperactivité*.
- Échec de la réponse génitale : *trouble de l'érection*.

* Le premier terme est celui de la CIM-10, suivi de celui du DSM-5, en italique.

Évolution des classifications

En supprimant les sous-groupes DSM-IV de la schizophrénie (paranoïde, désorganisé, catatonique, non différencié et résiduel), les concepteurs du DSM-5 ont créé un seul groupe général. Ils ont supprimé le terme de troubles de l'humeur en séparant les troubles bipolaires des troubles dépressifs; ils ont jugé que les troubles bipolaires ont une position intermédiaire entre les troubles dépressifs et la schizophrénie, mais ils n'ont pas inclus les nuances de classifications alternatives des troubles bipolaires (chapitre 34), considérant ces nuances sans répercussion thérapeutique. Ils ont placé le syndrome d'Asperger parmi le trouble du spectre autistique. Ils ont maintenu des diagnostics différentiels de l'état démentiel que les cliniciens posent avec quelque difficulté lorsque le trouble neurocognitif est de sévérité légère. Ils ont augmenté ou diminué les exigences des critères de diagnostic selon les troubles. Ces décisions soulèvent 4 questions.

Première question

Les cliniciens sont-ils capables de poser les diagnostics du DSM-5 pour les patients qui les consultent ? Plusieurs études ont été publiées sur la fréquence des diagnostics erronés en médecine interne, notamment dans les services

d'urgence lorsque les symptômes étaient non typiques (Peng et al., 2015) et sur le fait que les médecins négligent l'examen clinique (ou ne l'on pas bien appris, comme c'est le cas de l'auscultation cardiaque selon Magione et Neman, 1997). De telles études manquent en psychiatrie; il s'agirait de mieux explorer la fréquence avec laquelle les cliniciens excluent un trouble thyroïdien ou un syndrome d'apnées obstructives lors d'un état dépressif. De plus, il est demandé au clinicien d'exclure, pour une longue série de troubles, que des causes physiques (*une autre affection médicale* ou *une substance/un médicament*) expliquent les manifestations. C'est le cas, par exemple, pour les tics, les troubles dissociatifs, l'insomnie, l'hypersomnolence, l'énurésie, l'encoprésie, l'éjaculation retardée, la diminution du désir sexuel chez l'homme, etc. En clair, ces critères exigent de faire un diagnostic différentiel médical de ces syndromes, diagnostic fondé sur des connaissances médicales et de pharmacologie clinique. En 1923, dans *Éléments de neuro-psychiatrie*, Henri Damaye (1876–1952) se posait, avec une anticipation divinatoire, la question de la formation des jeunes médecins face à ces exigences : « À l'heure présente encore, les futurs psychiatres se spécialisent trop tôt, abandonnent trop vite l'hôpital et les stages de médecine générale pour se cantonner en des études purement psychiques à l'asile, parmi des malades exclusivement chroniques. L'aliéniste ainsi éduqué devient un psychologue inexpert dans l'art de traiter et de guérir, peu instruit, peu entraîné à la clinique médicale proprement dite... Incapable d'explorer les organes, sa science se borne à l'examen, souvent stérile, des états psychiques. »

Deuxième question

Les catégories du DSM-5 offrent-elles une grille d'interprétation diagnostique correcte pour la pratique clinique ? C'est certainement le cas pour beaucoup de patients, mais il en est dont les symptômes ne peuvent être correctement décrits par le seul DSM-5. Par exemple, un harcèlement professionnel peut aboutir à un trouble du sommeil et à une dépression majeure; le DSM-5 comporte la catégorie *trouble de l'adaptation* pour rendre compte de ces situations, mais le code le plus adéquat serait le code non psychiatrique, rarement choisi, de Z56, *difficultés liées à l'emploi et au chômage*.

Troisième question

L'accord entre évaluateurs ou entre outils d'évaluation est-il satisfaisant ? La mesure de la concordance, à savoir la fiabilité (*reliability*) et, en partie, la validité (*validity*) peut se faire entre cliniciens eux-mêmes, entre versions de 2 classifications, entre questionnaires, entre questionnaires et cliniciens, entre autoévaluation par les patients et évaluation des thérapeutes, entre résultats de tests paracliniques eux-mêmes ou avec le diagnostic, entre diagnostic clinique

et diagnostic par questionnaire, entre questionnaire et examen clinique et bien d'autres combinaisons, notamment la comparaison entre critères des versions successives du DSM ou d'autres systèmes de classification. Ces études sont importantes pour la clinique et pour la psychiatrie légale. L'accord est mesuré par le κ de Cohen : une valeur de 0 indique une concordance nulle et une valeur de 1,0 une parfaite concordance. À titre d'illustration, une version abrégée de la dépression majeure du DSM-IV, avec exclusion des symptômes portant sur les plaintes physiques a été comparée à l'ensemble des critères auprès de 2 907 patients : la version abrégée a été en accord avec la version longue dans 95,5 % des cas, avec une concordance de 0,88 (Zimmerman et al., 2011).

Des valeurs de κ d'au moins à 0,6 sont considérées comme limite inférieure selon les concepteurs du DSM-5. La concordance est bonne pour l'évaluation du retard mental, de la démence, de l'alcoolisme, mais moindre pour plusieurs autres troubles psychiatriques, étant parfois au-dessous de la valeur considérée seuil de 0,6. Malgré les changements au cours des versions des DSM et de la CIM, la concordance ne s'est améliorée que pour certains diagnostics. Elle n'est, par exemple, pas devenue meilleure entre le DSM-IV et le DSM-5 pour les troubles de l'alimentation selon une étude sur 150 patients (en comparant les évaluations par des cliniciens et des chercheurs), avec respectivement 0,48 et 0,57, mais moins de troubles ont été qualifiés de *autre* ou *non spécifié* (Thomas et al., 2015).

Quatrième question

Les diagnostics du DSM-5 guident-ils vers des choix de traitements spécifiques ? C'est le cas avec la démence lors d'infection à virus d'immunodéficiência humaine, la dépression saisonnière, le trouble bipolaire, mais pas avec d'autres entités. Souvent, une même forme de psychothérapie ou un même groupe de médicaments psychotropes sont indiqués pour une longue série de troubles.

OBJECTIFS DES CLASSIFICATIONS EN PSYCHIATRIE

Avoir une classification est clairement nécessaire pour la recherche, la clinique, des actes administratifs, financiers ou judiciaires. Le nombre et la dénomination des catégories cliniques varient selon ces objectifs. Les recherches en clinique, en génétique ou en thérapeutique, ainsi que les expertises médico-légales se fondent sur la distinction entre de nombreuses catégories de patients. Ces distinctions sont moins pertinentes pour la pratique clinique et, pour le travail social, leur nombre peut passer de quelques centaines à une vingtaine, voire une dizaine de catégories.

HISTORIQUE

En 1959, soit 7 ans après la parution du DSM-I, un relevé non exhaustif des systèmes de classification des troubles psychiatriques comportait 39 entrées, avec plusieurs systèmes américains, français, allemands, russes et japonais (Stengel, 1959). Une série de ces systèmes portaient le nom de leur créateur : Emil Kraepelin, Adolph Meyers, Carl Gustav Jung, Henri Ey, Karl Leonhard, Klaus Conrad, Lopez Ibor... Certaines de ces classifications sont exhaustives. D'autres ne concernent qu'un groupe de troubles, comme la classification des psychoses par Karl Leonhard (1904-1988), qui : « ... isole pas moins de 35 formes différentes, classées en 5 familles dont le pronostic reste très distinct : les psychoses maniaco-dépressives, les dépressions et les manies unipolaires, les psychoses cycloïdes, les schizophrénies non systématisées et les schizophrénies systématisées » (Foucher, 2012); cette classification exige un stage de plusieurs mois pour en acquérir les bases.

La CIM-10 et le DSM-5 se sont substitués à ces classifications. Quelques autres classifications gardent leur pertinence, car elles décrivent des entités absentes du DSM ou de la CIM; il en va ainsi de la *Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent* (Misès et al., 2012) (le DSM-5 ne donne pas de proposition diagnostique pour les troubles entre 0 et 3 ans), de la *Classification Internationale des Troubles du Sommeil de l'American Academy of Sleep Medicine* (2005) et de la *Classification des épilepsies* (Berg et al., 2010). Seules des institutions de la taille de l'OMS ou de l'*American Psychiatric Association* (APA) peuvent proposer une classification et un codage des troubles psychiatriques.

CIM-10

Jacques Bertillon (1851-1922), un démographe et statisticien français, présente lors d'un congrès à Chicago une *Classification des causes de décès* qui est adoptée dans de nombreux pays dès 1893, avec des révisions successives. En 1948, l'OMS est créée sous l'égide de l'ONU, elle-même créée en 1945. La première classification de l'OMS, la *Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, reprend la sixième révision de Bertillon, d'où sa dénomination de CIM-6. La CIM-10 est publiée en 1994 (198 troubles; 300 pages). La préparation de la CIM-11 a débuté vers 2007 et la date d'approbation par l'OMS est prévue vers 2017.

DSM-5

La classification américaine *Statistical manual for the use of institutions for the insane* date de 1917. À la suite des expériences faites en psychiatrie lors des conflits mondiaux, l'armée américaine coordonne en 1943 une classification intitulée *Medical 203*. En 1952, le terme de *diagnos-*

tic est ajouté au titre du DSM-I (106 réactions; 130 pages). Le DSM-I a une section de neuropsychiatrie sous l'étiquette de *disorders caused by or associated with impairment of brain tissue function* (infections, traumatiques, etc.), une section de retard mental et une section de troubles considérés d'origine psychodynamique, les *disorders of psychogenic origin or without clearly defined physical causes or structural change in the brain*. Ainsi, parmi les *psychotic disorders*, la schizophrénie est qualifiée de *schizophrenic reaction* et, parmi les *psychoneurotic disorders*, le terme de *reaction* est utilisé, par exemple pour l'*obsessive compulsive reaction*. Le terme de *réaction* plutôt que de *trouble* est dans la ligne de la pensée clinique d'Adolphe Meyer (1866-1950). Dans le DSM-II de 1968 (182 troubles; 134 pages), le terme de *réaction* ne figure plus, mais l'orientation psychanalytique persiste. Le texte du DSM-III de 1980 (265 troubles; 494 pages) s'écarte résolument de l'orientation psychodynamique et psychanalytique des 2 premiers DSM; il est qualifié de *néo-kraepelinien*. Le DSM-IV paraît en 1994 (172 troubles; 886 pages), avec peu de changements dans sa *text revision* de 2000, le DSM-IV-TR. Le DSM-5 paraît en 2013 en anglais (160 troubles et 1 114 pages) et en 2015 en français. Un agenda préparatoire avait été publié en 1999, suivi de la publication d'une série de *white papers*, puis des conférences dès 2004 et des groupes de travail et *task forces*. (Le nombre de pages citées repris ci-dessus pour chaque version du DSM est correct, mais le nombre de troubles varie selon que des spécifications sont considérées ou non comme des troubles et selon que les catégories des autres troubles sont omises ou non).

CIM-11

La version en travail de la CIM-11 (*ICD-11 Beta Draft*) est librement accessible sur Internet. Les codes des troubles mentaux changeront, au lieu de F00 à F99, ils iront de 07A00 (*disorder of intellectual development, mild*) à 07e0Z (*mental and behavioural disorders, unspecified*). Des anomalies de la sexualité (*conditions related to sexual health*) auront des codes 05, par exemple 05A40 (*gender incongruence of adolescence and adulthood*), mais les paraphilies auront les codes 07D70 à 07D76, donc des codes de troubles mentaux. Les troubles du sommeil seront indépendants, sous les codes 08A00 (*insomnia*) à 08A7Z (*sleep-wake disorders, unspecified*). Les démences seront parmi les maladies neurologiques, dans la catégorie de *neurological disorders with neurocognitive impairment as a major feature*, avec des codes AA60 et suivants. L'hypochondrie (07B13) sera déplacée avec les troubles obsessionnels-compulsifs.

Il y a une catégorie pour la médecine traditionnelle (*traditional medicine disorders*); le code TB63 (*hysteria disorder*) est défini ainsi : « A disorder characterized by depression, restlessness, or sadness. It may be explained by emotional factors, long term accumulation of fire or heat, deficiency of

the essence supporting reproductive function, deficiency of yin blood, imbalance of yin and yang, or dysfunction of qi activity. »

Le chantier de la CIM-11 est très impressionnant, puisqu'il concerne toutes les maladies, facteurs altérant la santé et causes de décès. Andrews et ses collaborateurs (2009^{***}) ont proposé des critères qui amélioreraient la validité des diagnostics ; il s'agirait de regrouper des entités cliniques si elles ont en commun des facteurs de risques génétiques, environnementaux, biologiques (biomarqueurs), tempéramentaux et si elles ont des symptômes similaires, un taux élevé de comorbidité, des anomalies cognitives et émotionnelles analogues et, en partage, les mêmes substrats neurologiques, la même évolution temporelle de la clinique et la même réponse au traitement. Cette proposition est attrayante sur le plan théorique, mais une probable quadrature du cercle en pratique.

CATÉGORIES DES TROUBLES

Dans le cas de la psychiatrie, le terme de *trouble* a supplanté celui de *réaction* et de *maladie*, à la suite des choix fait lors du développement de la CIM et du DSM. L'Encadré II contient les 11 catégories du chapitre 5 (codes F) des *troubles mentaux et des troubles du comportement* de la CIM-10.

Encadré II. Codes F de la CIM-10* et ses 11 catégories

- (F00-F09) Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques.
- (F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives.
- (F20-F29) Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants.
- (F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs).
- (F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes.
- (F50-F59) Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques.
- (F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.
- (F70-F79) Retard mental.
- (F80-F89) Troubles du développement psychologique.
- (F90-F98) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.
- (F99) Trouble mental, sans précision (sans autre indication).

* Voir texte.

L'Encadré III contient les catégories du DSM-5 de l'APA. La concordance des codes avec la CIM-10 n'est pas univoque. Les catégories DSM-5 regroupent des troubles classés dans différentes catégories de la CIM : les troubles neurodéveloppementaux comportent des entités avec des codes F70, F80 et F90. Également, plusieurs entités du

DSM-5 figurent dans d'autres chapitres de la CIM-10 que celui des troubles mentaux : G31.XX pour les troubles cognitifs, G47.XX pour les troubles du sommeil ; N94.3 pour le trouble dysphorique prémenstruel ; R41.XX pour l'état confusionnel, etc.

Encadré III. Section II du DSM-5 et ses 22 catégories

- Troubles neurodéveloppementaux.
- Spectre la schizophrénie et autres troubles psychotiques.
- Troubles bipolaires et apparentés.
- Troubles dépressifs.
- Troubles anxieux.
- Troubles obsessionnels-compulsifs et troubles apparentés.
- Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress.
- Troubles dissociatifs.
- Troubles à symptomatologie somatique et apparentés.
- Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.
- Troubles du contrôle sphinctérien.
- Troubles de l'alternance veille-sommeil.
- Dysfonctions sexuelles.
- Dysphorie de genre.
- Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites.
- Troubles liés à des substances et troubles addictifs.
- Troubles neurocognitifs.
- Troubles de la personnalité.
- Troubles paraphiliques.
- Autres troubles mentaux.
- Troubles des mouvements et autres effets indésirables induits par un médicament.
- Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique (une série de codes T et Z).

Dans sa section III, le DSM-5 comporte la catégorie *affections proposées pour des études supplémentaires* (chapitres 189 à 191 de ce document).

CODAGE DES TROUBLES

Environ 750 codes CIM-10 sont mentionnés dans le DSM-5. Ce nombre dépasse celui des troubles individuels, car il inclut des sous-catégories, par exemple trouble *sévère, modéré* ou *mineur*. Il y a en plus les critères additionnels au diagnostic que sont les *spécifications* (ou *specifiers*), en principe mutuellement exclusives. Ce total d'environ 750 codes inclut une série de plus de 130 *conditions* ou *problèmes*, à savoir des situations de vie, associées ou non à des troubles psychiatriques (codes T et Z), faisant l'objet d'une demande de soins à des psychologues, des psychiatres ou d'autres spécialistes (chapitre 188).

Choix du système de codage

Les codes de la CIM-10 sont à utiliser en Europe, selon les critères diagnostiques de la CIM-10. Aux États-Unis, le DSM-5 est depuis fin 2014 codé avec les codes de la CIM-10 (adaptés pour les États-Unis, soit CIM-10-CM). Un codage commun DSM-5 et CIM-10 est possible pour la majorité des situations cliniques, mais les critères de diagnostic ne sont toutefois pas identiques : une harmonisation entre le DSM-5 et la future CIM-11 sera bienvenue.

Code principal, codes secondaires, sous-types et spécifications

Le codage se fait en plusieurs niveaux. Le code principal des troubles psychiatriques (F) est en dizaine (F31.xx signifiant *trouble bipolaire*) et les codes secondaires en fractions (F31.73 signifie *épisode actuel ou épisode le plus récent maniaque, en rémission partielle*) puis, le cas échéant, en une à plusieurs spécifications (F31.73 avec la spécification *état psychotique congruent à l'humeur*).

En utilisant les codes principaux (en dizaines et unités), les codes secondaires et sous-types (en fractions) et les spécifications (en toutes lettres), le clinicien constate parfois qu'une entité clinique qu'il considérerait comme séparée (indépendante) se trouve assimilée à des entités plus générales. Ainsi, un trouble de l'humeur saisonnier devient un épisode dépressif caractérisé, anciennement dépression majeure, (à qualifier de plus ou moins sévère) avec la spécification de caractère saisonnier : *arguties de classification... ou négligence méritant d'être corrigée... ?*

Même code, autre syndrome ?

En comparant la CIM-10 et le DSM-5 pour un même diagnostic, on note que les critères diffèrent parfois.

Illustration de classification. Le trouble dépressif récurrent (F33) selon la CIM-10 peut comporter une hypomanie succédant immédiatement à un épisode dépressif, alors que selon les critères du DSM-5, cette situation mène au diagnostic de *autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié* (F31.89). L'épisode psychotique bref du DSM-5 n'a que le code F23 (mais quelques spécifications non codées selon la CIM-10), alors que la catégorie des troubles psychotiques aigus et transitoires de la CIM-10 contient 5 sous-catégories. **Commentaire.** Ces différences justifient que le clinicien travaillant dans un pays européen utilise les critères de diagnostic de la CIM-10, plutôt que ceux du DSM-5.

Illustration de classification. Dans certains cas, les codes CIM-10 ne se superposent pas à la classification DSM-5, par exemple, pour beaucoup de troubles, la rubrique *autre trouble spécifié* a un code différent de la rubrique *trouble non spécifié*, mais ce n'est pas toujours le cas, notamment avec le trouble obsessionnel-compulsif ou avec les troubles de l'élimination. **Commentaire.** Ce détail illustre combien établir la concordance entre le DSM-5 et la future CIM-11 soulèvera de questions.

Comorbidité

Les manuels DSM-5 et CIM-10 contiennent peu de commentaires quant à comment coder les troubles comorbides, sauf pour expliciter quels troubles ne peuvent être codés concomitamment.

CODAGE DU HANDICAP

Un système de classification du handicap a été mis sur pied par l'OMS dès 2001, en remplacement de classifications antérieures : la *Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé* (CIF). Cet outil permet des études épidémiologiques du handicap, c'est-à-dire des répercussions de la maladie sur le fonctionnement quotidien des personnes. Il n'est, à ma connaissance, pas accessible sur un portail Internet. Un questionnaire, le *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS) se trouve dans le DSM-5, version que le patient remplit lui-même ; cette version a remplacé l'échelle *Global Assessment of Functioning* du DSM-IV.

CHANGEMENTS DU DSM-IV AU DSM-5

Plusieurs changements ont été faits dans le DSM-5. Parmi les changements importants, il y a la décision d'inclure des listes de mécanismes et d'origines des troubles, avec des données de biologie, de neuroimagerie, de génétique. Des changements sans grande importance portent sur le vocabulaire ; les termes de *démence* et *trouble de l'humeur* ont disparu, sans justification des concepteurs du DSM-5. L'Encadré IV résume l'annexe décrivant les changements dans le DSM-5 par rapport au DSM-IV-TR.

La plupart des catégories de l'Encadré III contiennent les 2 catégories de *autre trouble spécifié* et de *trouble non spécifié*, des termes vagues quant à leur contenu ; ces catégories remplacent le *trouble non spécifié* du DSM-IV (*disorder not otherwise specified*, ou NOS). Le nombre des NOS a de fait été multiplié par 2 (ce qui fait, pour ce seul changement, une vingtaine d'entités en plus dans le DSM-5, mais harmonise le DSM-5 avec la CIM-10 qui comporte les mêmes catégories).

Les concepteurs du DSM-5 ont remplacé la catégorie DSM-IV-TR de *trouble dû à une affection médicale générale* par celle de *trouble dû à une autre affection médicale* (*disorder due to another medical condition*) : cette classe est, adéquatement, ajoutée à la liste des troubles psychotiques, de ceux de l'humeur et des troubles anxieux, mais elle ne figure pas pour une série d'autres troubles, dont on sait pourtant que des maladies physiques peuvent les déclencher : troubles dissociatifs, alimentaires, neurodéveloppementaux, de l'élimination, du sommeil et dysfonctions sexuelles. La même remarque concerne le *trouble lié à une substance/un médicament* (*substance/medication-induced*

Encadré IV. Quelques changements du DSM-IV-TR au DSM-5

- **Troubles neurodéveloppementaux.** Les troubles survenant dans l'enfance ne sont plus regroupés entre eux, mais distribués dans les autres catégories. Le trouble du spectre de l'autisme a été proposé comme une seule entité, incluant le syndrome d'Asperger et d'autres troubles : en choisissant un niveau plus général de classement, on court moins de risques d'erreur, mais on perd de la précision.
- **Schizophrénie.** La distinction entre sous-types du trouble schizophrénique est abandonnée, au profit de spécifications.
- **Trouble bipolaire de type I.** L'étiquette d'épisode mixte exigeait la présence de tous les critères d'un épisode maniaque et de ceux d'un épisode dépressif; ceci a été remplacé par le descriptif d'épisode à caractéristique mixte (*with mixed features*), valable également pour la dépression majeure. Une spécification d'anxiété (*anxious distress*) a été ajoutée pour rendre compte de décompensations bipolaire avec anxiété.
- **Troubles dépressifs.** Il y a adjonction du trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle et du trouble dysphorique pré-menstruel. À la suite de controverses, le deuil n'a pas été inclus, mais il n'est plus un critère d'exclusion pour le diagnostic de dépression majeure.
- **Troubles anxieux.** Les troubles anxiété de séparation et mutisme sélectif ont été déplacés des troubles survenant dans l'enfance et placés parmi les troubles anxieux. L'agoraphobie et l'attaque de panique peuvent dorénavant être diagnostiquées en l'absence d'un trouble panique, c'est-à-dire lors d'autres troubles.
- **Troubles obsessionnels-compulsifs.** Ces troubles ont été extraits des troubles anxieux pour devenir une des 22 catégories du DSM-5, incluant l'obsession d'une dysmorphie physique (*body dysmorphic disorder*), la thésaurisation pathologique (syndrome de Diogène, syllogomanie ou *hoarding disorder*), la trichotillomanie et l'excoriation ou dermatillomanie (*skin-picking disorder*). Des troubles de cette nature induits par les substances ou les maladies sont inclus dans cette nouvelle catégorie.
- **Troubles liés à des traumatismes et à des facteurs de stress.** Le trouble de stress post-traumatique a été extrait des troubles anxieux pour devenir une des 22 catégories du DSM-5. Cette catégorie inclut également le trouble de stress aigu, les troubles de l'adaptation, le trouble réactionnel de l'attachement (*reactive-adjustment disorder*), la désinhibition du contact social (*disinhibited social engagement disorder*).
- **Troubles dissociatifs.** Quelques regroupements (dépersonnalisation avec déréalisation) et modifications de dénomination ont été faits.
- **Troubles à symptomatologie somatique et apparentés.** Cette étiquette remplace celle de troubles somatoformes. L'hypochondrie s'appelle dorénavant crainte excessive d'avoir une maladie (*illness anxiety disorder*). La peur d'une dysmorphie corporelle est devenue obsession d'une dysmorphie corporelle, déplacée avec les troubles obsessionnels-compulsifs.
- **Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.** L'aménorrhée n'est plus exigée lors d'anorexie mentale (à cause de l'anorexie chez les hommes) et le nombre de crises pour un diagnostic de boulimie a été diminué à une par semaine. Les troubles de l'alimentation survenant dans l'enfance figurent maintenant dans cette catégorie.
- **Troubles de l'alternance veille-sommeil.** Une classification plus détaillée est proposée, qui identifie comme entités le trouble de comportement du sommeil paradoxal, le syndrome des jambes sans repos, l'apnée obstructive, l'apnée centrale, l'hypoventilation liée au sommeil.
- **Troubles sexuels.** Le vaginisme et la dyspareunie ont été réunis sous le terme de trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration. Pour les troubles sexuels, les concepteurs du DSM-5 ont omis la catégorie de dysfonction sexuelle due à une affection médicale générale, oubli (fâcheux) de leur part.
- **Dysphorie de genre.** Il s'agit des troubles de l'identité sexuelle sous une nouvelle dénomination.
- **Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites.** Plusieurs troubles survenant durant l'enfance sont déplacés dans cette nouvelle catégorie.
- **Troubles liés à une substance et troubles addictifs.** L'abus et la dépendance sont regroupés dans une catégorie unique, avec introduction d'une graduation de la sévérité du trouble de l'usage en léger, moyen et grave. Le sevrage de cannabis et celui de caféine sont ajoutés, mais les concepteurs du DSM-5 n'ont pas jugé justifié de mentionner un sevrage des hallucinogènes ou des substances inhalées. Le jeu d'argent pathologique a été inclus sous une nouvelle étiquette de troubles non liés à une substance (c'est-à-dire les addictions comportementales), sans mention d'addictions comportementales.
- **Troubles neurocognitifs.** Il y a 3 syndromes, le *delirium*, le trouble neurocognitif léger et le trouble neurocognitif majeur. Une classification détaillée des troubles neurocognitifs est proposée à partir de l'origine de ces troubles, à savoir les maladies menant à une démence.
- **Troubles de la personnalité.** Les critères sont inchangés, mais des propositions de critères pour un nouveau système de classification dimensionnel (modèle alternatif) figurent en annexe. Le mot de trouble ne figure pas devant chaque entité de trouble de la personnalité (c'était déjà le cas dans le DSM-IV-TR), ce qui ne souligne pas la différence entre une typologie de personnalité et un trouble.
- **Troubles paraphiliques.** La distinction est faite entre la présence d'une paraphilie (définie comme non pathologique) et un trouble paraphilique menant à une souffrance de la personne ou d'autrui : le mot de trouble est dorénavant ajouté avant chaque paraphilie.

disorder), qui ne figure pas, par exemple, pour les troubles de l'alimentation et les troubles dissociatifs. La non inclusion de ces situations est irréflectée, pour le moins.

Bizarreries

Quelques troubles nouveaux dans le DSM-5 sont des *bizarreries* (décrites aux chapitres 44, 80 et 83). Le *trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur* (F34.8) semble avoir été créé pour diminuer la fréquence du diagnostic de trouble bipolaire chez l'enfant; cette irritabilité chronique avec émotions de connotation négative serait à distinguer du trouble oppositionnel avec provocation, du trouble des conduites, du déficit de l'attention/hyperactivité, du trouble explosif intermittent, tâche difficile ! Les *facteurs psychologiques influençant d'autres affections médicales* (F54) sont un diagnostic posé si un facteur psychologique influence l'évolution de la maladie physique ou d'un syndrome physique reconnu; l'influence d'un trouble psychiatrique sur la maladie physique n'est pas prise en compte dans ce diagnostic posé sur des bases imprécises. Le *trouble à symptomatologie somatique* (F45.1) décrit l'hypochondrie

Encadré V. Changements de vocabulaire dans le DSM-5*

- Troubles survenant durant l'enfance : *troubles neurodéveloppementaux*.
- Retard mental : *handicap intellectuel*.
- Syndrome d'Asperger et autres syndromes autistiques : *trouble du spectre de l'autisme*.
- Bégaiement (*stuttering*) : *trouble de la fluidité verbale apparaissant dans l'enfance*.
- Troubles de l'humeur : *troubles bipolaires ou troubles dépressifs*.
- Dépression majeure : *trouble dépressif, épisode dépressif caractérisé*.
- Troubles du sommeil : *troubles de l'alternance veille-sommeil*.
- Trouble du sommeil lié à la respiration : *apnée/hypopnée obstructive du sommeil*.
- Troubles somatoformes : *troubles à symptomatologie somatique*.
- Hypochondrie : *trouble à symptomatologie somatique ou crainte excessive d'avoir une maladie* (selon la présence ou non d'une maladie physique reconnue).
- Abus ou dépendance : *trouble de l'usage d'une substance*.
- Addiction comportementale : *trouble non lié à une substance*.
- Trouble du désir sexuel : *trouble de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle chez la femme*.
- Troubles de l'identité sexuelle : *dysphorie de genre*.
- Vaginisme ou dyspareunie : *trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration*.
- Démence : *trouble neurocognitif, léger ou majeur*.

* Le terme DSM-IV-TR est suivi du terme DSM-5 en italique.

lorsqu'un syndrome physique est présent; le critère de ce diagnostic est que le patient présente des pensées, des émotions et des comportements qui dépassent ce qui serait attendu du fait de ses symptômes physiques ! Bizarre !

Nouveau vocabulaire

L'Encadré V indique quelques innovations de vocabulaire dans le DSM-5, une liste de « *Ne dites pas, mais dites...* », qui montre que les concepteurs du DSM-5 n'ont pas simplifié le vocabulaire des diagnostics psychiatriques.

COMPARAISON ENTRE CIM-10 ET DSM-5

Le DSM-5 contient une description clinique plus détaillée des troubles que la CIM-10; il contient aussi une liste de diagnostics différentiels pour une série de troubles. Les discordances entre les critères de la CIM-10 et du DSM-5 peuvent être à l'origine de querelles d'experts quant au diagnostic d'un patient, surtout lors d'enjeux légaux ou financiers. Le fait même de ces discordances a l'avantage d'obliger à des réévaluations didactiques; par exemple, dans le cas des troubles de la personnalité, que penser du système des 5 facteurs en relation à la classification DSM-5 (Trull et Widiger, 2013) et que penser des innovations quant aux critères de diagnostic des troubles de la personnalité (Guelfi, 2013) ?

AVANTAGES ET DÉSAVANTAGES DES CLASSIFICATIONS

Avantages

L'utilité de systèmes normatifs de diagnostics ne peut être niée et l'Encadré VI contient une liste des avantages de la CIM-10 et du DSM (dans les 3 versions récentes DSM-IV, DSM-IV-TR et DSM-5).

Encadré VI. Avantages des classifications de type CIM et DSM

- Il existe un système référentiel et normatif pour la médecine, la justice, les services sociaux et l'économie de la santé et pour le recensement des altérations psychiques.
- Des études épidémiologiques ont été réalisées.
- Des essais cliniques ont été réalisés fondés sur la classification, dans des populations à peu près homogènes.
- Des normes de diagnostic facilitent les décisions en politique de santé et pour le remboursement des soins.
- Des désaccords mis en évidence font rechercher un consensus.

Imaginer de pratiquer la psychiatrie sans se référer à la CIM ou au DSM donne une idée, *ab absurdo*, des avantages de ces systèmes : le clinicien devrait soit établir une longue

liste des caractéristiques cliniques de chaque patient, soit choisir un système de critères de classification peu connu, offrant moins de facilité de communication avec les autres thérapeutes (ou avec les instances administratives ou juridiques), soit renoncer à toute description résumée de la problématique du patient.

Désavantages

L'Encadré VII énumère des désavantages de la CIM et du DSM (dans les 3 versions DSM-IV, DSM-IV-TR et DSM-5).

Encadré VII. Désavantages d'une classification de type CIM et DSM

- Les diagnostics ne s'appliquent pas tous aisément à la pratique clinique et à la recherche.
- Les critères de diagnostic n'incluent pas la psychodynamique (ce que j'ai nommé la *pasteurisation* de la psychiatrie).
- Le contexte du patient n'est pris en considération que partiellement.
- Des controverses persistent malgré le travail de nombreux comités et malgré de nombreuses réunions scientifiques.
- Le texte du DSM-5 n'est pas d'accès libre sur Internet.

La CIM-10 et le DSM-5 restent une nosologie incomplète dans les domaines des maladies menant à un retard mental, à des troubles du sommeil, à des démences.

Apologie de la CIM-10

La classification des troubles psychiatriques est intégrée avec celles des autres maladies. Il s'agit d'une classification utilisable internationalement (avec des versions adaptées dans certains pays, comme les États-Unis, la Chine, l'Australie, l'Allemagne, etc.), avec des listes des autres troubles à inclure sous un code et le nom alternatif de ces troubles le cas échéant, avec également les troubles à exclure pour le code. La succession des troubles suit l'ordre numérique des codes. On trouve la CIM-10 en accès libre sur Internet.

Critique de la CIM-10

Le texte de la CIM-10 pour les troubles mentaux et du comportement (codes F, publiés en 1993) a le tiers du nombre de pages du DSM-5 : il est plus succinct, squelettique (ce qui est autant un avantage qu'un désavantage). On trouve la CIM-10 en accès libre sur Internet, mais les textes sont parfois changeants, car la CIM-10 a été souvent révisée. Les critères pour les diagnostics différentiels sont peu développés.

Apologie du DSM-5

Les concepteurs du DSM-5 ont voulu faciliter la pratique clinique, avec des listes de diagnostics différentiels pour un

grand nombre de troubles, ce qui a valeur didactique. Également, la Section III comporte un chapitre sur les outils de mesure et un autre sur les aspects culturels des troubles. Le clinicien qui consulte le DSM-5 peut y trouver des explications pour les stratégies de diagnostic et d'évaluation des patients.

Critique du DSM-5

Des débats dans la presse médicale et non médicale ont débuté bien avant la publication du DSM-5 en mai 2013. Une critique est que cette *bible américaine de la psychiatrie* identifierait comme psychiatriquement malade une proportion élevée de la population et que les industries pharmaceutiques auraient influencé (manipulé) les auteurs du DSM-5 en favorisant l'invention de nouveaux syndromes pour lesquels elles vendront des médicaments. Des livres ont été publiés sur ces thèmes (Demazeux, 2013 ; Minard, 2013). Internet facilite la diffusion de ces débats, y compris ceux de contenu sans nuance : « ...8 à 12 ans d'études, ça veut rien dire, y a beaucoup de tocards chez les toubibs. Le médecin qui prescrit sans écouter son patient est un raté. Beaucoup ne sont bons qu'à prescrire des merdes pour gagner les voyages promis par les visiteurs médicaux. » Il a été écrit que le DSM-III et le DSM-IV étaient une *machine de guerre* contre la psychanalyse ; cela n'a pas changé avec le DSM-5.

Exploitation commerciale du DSM par l'American Psychiatric Association

Un désavantage majeur du DSM-5 consiste en ce que l'accès n'est pas libre sur Internet. L'APA a une activité d'édition portant sur tous les thèmes de la psychiatrie, avec une multitude de publications, dont les publications sur le DSM représentent une partie importante. Les révisions du système de classification (DSM-III-R ; DSM-IV-TR) ont permis la vente de nouveaux documents, en anglais et d'autres langues, auprès des bibliothèques des facultés de médecins, des médecins, psychologues et d'autres soignants, de services de soins infirmiers, de juristes et d'institution de financement des traitements. Ceci représente un gros apport d'argent et l'on comprend que l'APA ne souhaite pas que le texte du DSM soit diffusé gratuitement. Certains ont accusé l'APA d'avoir déjà prévu un DSM-5,1 et 5,2 afin de maintenir la rentrée d'argent. Face à ces critiques, il faut rappeler que réaliser le DSM-5 fut coûteux.

Exploitation commerciale du DSM par l'industrie pharmaceutique

Les règles d'enregistrement des médicaments et les règles des brevets n'ont pas à voir avec la construction d'une classification des maladies, mais avec l'activité des institutions étatiques de réglementation de la santé et de l'économie :

les industries pharmaceutiques se sont adaptées aux exigences et contraintes des autorités d'enregistrement et des classifications des troubles psychiatriques; elles ont su utiliser les caractéristiques du système DSM à leur profit, mais elles n'ont pas initié un tel système : le déficit de l'attention/hyperactivité, la dysphorie prémenstruelle, le déficit érectile, ainsi que d'autres entités existaient avant que l'on envisage de les traiter par la pharmacologie.

L'insistance des services commerciaux des industries pharmaceutiques à diffuser l'information au sujet d'un syndrome n'a également pas à voir avec les avantages ou désavantages en soi des classifications des troubles, mais avec le fait que le syndrome représente une nouvelle niche pour la vente de médicaments : c'est la *disease mongering*, à savoir un *marketing* indirect du médicament réalisé en parlant de la maladie (autorisé comme tel aux États-Unis). Le DSM-5 porte une part de responsabilité dans l'organisation de la psychiatrie aux États-Unis, mais d'autres agents sont tout autant si ce n'est plus responsable de dérives : formations des médecins, exigences des assurances pour le remboursement des soins, autorisation de la publicité pour les médicaments auprès du public, régulation peu exigeante des prix des médicaments, etc.

La possibilité d'un diagnostic de trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent a été à l'origine d'une exposition augmentée des personnes de cette tranche d'âge à la prescription de stabilisateurs de l'humeur et d'antipsychotiques : des abus ont eu lieu et les concepteurs du DSM-5 ont proposé une nouvelle entité pour éviter un diagnostic trop fréquent de trouble bipolaire chez l'enfant ou l'adolescent : le *trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle* permet l'étiquetage de patients âgés de 6 à 18 ans présentant une forte irritabilité et des émotions de tonalité négative, dépressive; il reste à voir si cela fera diminuer la prescription d'antipsychotiques et de stabilisateurs de l'humeur chez l'enfant.

DSM-5 et physiopathologie

Dans le DSM-5, l'idée que la physiopathologie des troubles devienne un critère de classification a été étendue, avec l'énoncé de quelques causes organiques des troubles. Cette orientation, débutée avec le DSM-III et le DSM-IV, n'a pas pu être largement appliquée. Dans les DSM-III et IV, la classification des troubles psychiatriques ne faisait pas appel à des critères psychodynamiques ou psychanalytiques et peu appel à des critères structuraux. L'argument était que ces concepts étaient plus les marques de l'imagination des cliniciens que celles de découvertes mécanistiques reproductibles. L'objectif du DSM-5, à savoir créer des groupes de patients homogènes sur le plan de la clinique, a été critiqué : il s'agirait d'une fausse piste, alors qu'une classification fondée sur la biologie et sur les endophénotypes permettrait mieux de constituer des groupes

homogènes de patients. Cet échec du DSM-5, que l'on pouvait prévoir, a fait que, peu avant la publication du DSM-5, le *National Institute of Mental Health* (NIMH), par la voix de son directeur Thomas Insel (1951-), a retiré son soutien au DSM-5 (tout en admettant qu'il s'agissait du meilleur système en vigueur...), en considérant que les corrélats biologiques des états cliniques étaient insuffisamment pris en compte et qu'il eût fallu classer les troubles en fonctions de dimensions quantifiables portant sur les fonctions cérébrales supérieures, par exemple la socialisation, le langage et la cognition dans le cas du trouble du spectre de l'autisme (Lord et Jones, 2012). Insel a insisté sur les avantages du système de classification du NIMH, le *Research Domain Criteria* (RDoC), un système dimensionnel construit à partir de variables biologiques et cliniques, sans *a priori* quant aux catégories de classification. Le RDoC est à l'état de projet, un projet audacieux puisqu'il s'agit d'intégrer des données allant des gènes aux circuits neuronaux, à la neurophysiologie, aux comportements et aux déclarations des personnes quant à leur fonctionnement psychique. Des données en faveur du RDoC ont été publiées, sur les thèmes de psychopathologie (Cuthbert et Kozak, 2013), de cognition et neurocircuiterie (Morris et Cuthbert, 2012), de neuroplasticité (Morris et al., 2014) et de génétiques (Simmons et Quinn, 2014). Il y a eu réconciliation entre les porte-paroles du NIMH et de l'APA au sujet du DSM-5; une application des concepts du RDoC en clinique est prématurée et exigera beaucoup d'études préliminaires.

QUESTIONS ET CONTROVERSE

Que penser des spécifications (specifiers) ?

Des spécifications sont signalés dans le DSM-5, la majorité sans code CIM-10 : il faut les noter en toutes lettres. Une série de spécifications du DSM-5 sont considérées par les cliniciens plutôt comme des entités individualisées, plutôt que des sous-groupes de la dépression majeure, par exemple la dépression atypique, la dépression mixte, la dépression saisonnière, la dépression du *post partum* et la dépression anxieuse.

Et la section III et les annexes du DSM-5 ?

Cette section contient des documents importants : une série de questionnaires et d'échelles pour autoévaluation par les patients, évaluation des enfants par les parents, évaluation de la psychose par le clinicien, évaluation du handicap (WHODAS 2.0), etc. Des conseils y figurent pour la relation aux patients d'autres cultures. Le modèle alternatif des troubles de la personnalité est décrit en détails.

Cette section contient également la liste des *affections proposées pour des études supplémentaires*. La section III est suivies d'annexes avec un glossaire de 20 pages de définition des termes relevant de la psychiatrie, un glossaire de 5 pages décrivant les entités liées à la détresse dans plusieurs cultures et des listes de codes.

Qui code et quand ?

En Suisse, les psychiatres en pratique privée ont rarement à donner un code CIM-10 à leur patient ; cela leur est demandé lors de contestation du remboursement des soins, lors d'expertise pour invalidité ou pour des raisons légales. Les psychiatres travaillant en institution ont la contrainte de codifier les diagnostics pour établir le dossier médical, pour le remboursement des soins et pour l'établissement de statistiques de morbidité.

Quelles sont les limites des systèmes de classification ?

Il est prématuré de dire si le système du DSM-5 rend compte suffisamment précisément des troubles, dans le sens que les études à venir montreront si le système DSM-5 oblige fréquemment ou non de classer les patients dans les catégories *autre trouble spécifié* ou *trouble non spécifié*, comme c'est le cas des troubles de l'alimentation si souvent placés dans la classe des NOS selon le DSM-IV (Zimmerman et al., 2008).

La question de la stabilité des diagnostics se pose pour chaque entité du DSM ou de la CIM. Une étude sur les troubles de l'alimentation illustre ce point : un groupe de 216 femmes ayant un diagnostic d'anorexie mentale ont été suivies durant 7 ans pour explorer les changements de diagnostic et les changements de diagnostic des sous-types d'anorexie mentale, selon les critères DSM-IV-TR. Les données concernant l'alimentation étaient notées hebdomadairement, selon le *Eating Disorder Longitudinal Interval Follow-Up Examination*. Durant le suivi, la majorité des femmes ont changé de diagnostic. Plus de la moitié ont passé d'un sous-type d'anorexie à un autre (avec restriction, avec purgation, avec accès hyperphagiques ou *binge eating*). Un tiers ont reçu un diagnostic de boulimie, avec rechute fréquente en anorexie mentale (Eddy et al., 2008).

À quoi servent les classifications en pratique clinique ?

Quel niveau de précision dans la classification des patients le clinicien devrait-il atteindre pour garantir la qualité des soins ? En d'autres termes, est-il en droit de négliger certaines distinctions ? Par exemple, est-il déterminant de savoir distinguer un trouble de la personnalité schizotypique d'un trouble de la personnalité *borderline* ou d'un trouble des

conduites ? Ou un état mixte dépressif d'un état mixte maniaque ? Ou un trouble de la personnalité évitante d'une phobie sociale ? Des études dans ce sens seraient intéressantes. Par ailleurs, les travaux sur les anomalies génétiques (Doherty et Owen, 2014^{***}) n'apportent à ce jour que peu ou pas d'aide aux cliniciens.

Que penser des classifications en peu de catégories ?

Les catégories de troubles névrotiques, troubles psychotiques et troubles de la personnalité figuraient dans les premières versions du DSM. C'est dès le DSM-III que le nombre des catégories a tant augmenté. Des recherches ont porté sur le regroupement des entités cliniques selon un petit nombre de facteurs. Par exemple, sur la base de 2 900 patients ambulatoires du projet *Rhode Island Methods to Improve Diagnostic Assessment and Services* (MIDAS) des États-Unis, 5 facteurs ont rendu compte des résultats : le facteur internalisation (anxiété, troubles de l'alimentation, dépression majeur, trouble de la personnalité *borderline* et paranoïde), le facteur externalisation (addictions, trouble de la personnalité antisociale), le facteur de trouble de la pensée (psychose, manie, et troubles de la personnalité du groupe A), le facteur somatoforme (troubles somatoformes) et le facteur d'antagonisme (troubles de la personnalité du groupe B et trouble de la personnalité paranoïde) selon Kotov et ses collaborateurs (2011).

Pourrait-on envisager un autre système de codage ?

Un autre système de codage pourrait éviter les aspects obsolètes, voire erronés du DSM et de la CIM. Renouveler la numérotation des codes permettrait d'y inclure les spécifications, avec la possibilité de plusieurs lettres et numéros décrivant en détails chaque entité clinique. Selon la version en travail de la CIM-11 (version bêta, accessible librement sur Internet), le codage va changer considérablement, mais la version en ligne n'ayant pas encore de code pour chaque trouble, on ne peut conclure à ce sujet.

Illustration clinique. Cet homme âgé de 20 ans présente un retard mental sévère. Dans ce contexte, il doit entreprendre une série de vérifications concernant le rangement de ses objets personnels chaque fois qu'il ressent un état d'anxiété pour d'autres raisons (changements dans l'institution qui l'héberge, projet de partir en vacances, visite médicale prévue, etc.). **Commentaire.** Un trouble psychiatrique clairement identifié peut être la manifestation d'un autre trouble mental ou physique et toucher plusieurs domaines des fonctions cérébrales supérieures : établir les codes des diagnostics n'est pas simple et il ne semble pas imaginable de hiérarchiser les codes appliqués selon les relations causales postulées chez un patient donné.

Pourrait-on naïvement limiter les diagnostics à deux catégories ?

Il y a plusieurs distinctions qui permettent de séparer en 2 groupes l'ensemble des patients (Encadré VIII). Ces classifications simplifiées, un peu naïves, ont pourtant des répercussions pratiques incontestées.

Encadré VIII. Exemples de classifications binaires

- Syndrome primaire ou secondaire.
- Probabilité ou non d'amélioration.
- Névrose ou psychose.
- *Externalizing* versus *internalizing disorders*.
- Demande ou non des patients de venir en consultation (introspection).
- Agrément ou non du travail de consultation pour le clinicien.
- Condition innée ou acquise.
- Condition pour laquelle le clinicien est ou non formé pour la traiter.

Étienne Georget (1795-1828), dans *De la folie*, un manuel publié à l'âge de 25 ans, a distingué l'aliénation mentale, comme affections idiopathiques du cerveau, des troubles psychiques liés à des maladies organiques, notamment infectieuses. Les premières affections sont dites directes et essentielles les autres indirectes et symptomatiques.

La probabilité d'amélioration, lorsqu'elle est présente, signifie que l'on peut attendre que les manifestations centrales du trouble psychiatrique (*core symptoms*) ont des chances de s'améliorer, soit du fait du traitement, soit spontanément : état d'anxiété, état dépressif, symptômes obsessionnels-compulsifs, état confusionnel, etc. À l'opposé, se trouvent une série de situations où les déficits ne peuvent être influencés positivement ; dans ces cas, il s'agit alors de traiter des symptômes secondaires qui accompagnent le trouble primaire : agitation lors de retard mental ou de trouble démentiel, isolement social lors de trouble schizophrénique, etc.

Une classification binaire à partir de la probabilité d'amélioration détermine le projet thérapeutique. Lorsque des changements des manifestations primaires ne sont pas envisageables, le traitement a pour objectif un traitement de soutien, un maintien du *statu quo*.

Illustration clinique. Cette femme âgée de 70 ans a suivi une formation universitaire et travaillé comme juriste. Elle demande au médecin de l'aider dans sa souffrance actuelle, son état dépressif et son insomnie. Lors de chaque consultation, elle évoque une série de symptômes physiques qui la dérangent : surpoids, hypertension, diabète de type II, céphalées. Elle explique longuement la nature de chacune des manifestations de ces diagnostics. Cependant, elle n'envisage pas de prendre les mesures indiquées : cesser son tabagisme, modifier son alimentation et augmenter son niveau d'activité physique.

Le manque d'introspection représente un facteur défavorable d'évolution, évoqué par Madame de Puisieux (1720-1798), dans *Les caractères* : « *Un mal est presque incurable, quand on ne le sent pas. Il n'y a pas de remède à la sottise, à l'imbécillité, à l'envie, à la vanité, à l'avarice, au défaut de cœur et à la fourberie, parce qu'on ne croit jamais avoir ces vices. Vouloir corriger un homme fait de ses défauts, ou un jeune homme de sa présomption, c'est entreprendre l'impossible : comme on ne donne pas de bonne qualité, on ne guérit personne des mauvaises, et chacun reste comme il est.* »

Le concept de trouble *externalizing* versus *internalizing* est fondé sur la distinction entre la souffrance que ressent la personne et celle qu'elle impose et attribue à autrui. Ainsi, la dépression, l'anxiété généralisée, la phobie sociale, l'agoraphobie, le trouble obsessionnel-compulsif sont des exemples de troubles *internalizing*, alors que les troubles disruptifs du contrôle des impulsions et des comportements (trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation, trouble de la personnalité antisociale), le délire de concernement sont des exemples de troubles *externalizing*. Les personnes avec trouble *internalizing* auraient un trait d'émotionnalité négative élevée, celles avec trouble *externalizing* également, mais avec en plus un manque d'inhibition. Les premières personnes auraient un haut niveau de contrainte ressentie, ce niveau serait bas chez les secondes personnes, avec un bas niveau de sociabilité, un déni et un besoin d'extériorisation des symptômes. Ces distinctions schématiques rappellent que l'émotionnalité négative est un facteur de risque psychopathologique. La tendance à des troubles *externalizing* a une héritabilité de l'ordre de 0,6 (Hicks et al., 2013***). Par ailleurs, la comorbidité est élevée au sein de chacune des 2 catégories, *internalizing* et *externalizing* et quelques troubles de chacune de ces catégories auraient des bases génétiques communes (Krueger et Markon, 2001, 2006).

Le critère binaire de demande ou non de soins recouvre en partie la classification binaire ci-dessus : les patients avec troubles *internalizing* sont plus à même de demander des soins, du fait de leur vécu d'émotions négatives. Les patients qui n'ont pas ce vécu, ceux qui n'ont pas de compassion, viennent parfois en traitement du fait des conséquences de leurs comportements antisociaux : le placement en soins d'office survient surtout lors de trouble *externalizing*.

Enfin, le critère binaire de savoir si le thérapeute apprécie ou non de prendre en soins tel ou tel patient recouvre les catégories ci-dessus : les patients avec troubles *internalizing*, ceux dont on pense qu'ils pourraient faire de réelles améliorations, ceux qui participent au traitement sont généralement plus appréciés des thérapeutes. Ressentir un contre-transfert positif est motivant, lorsqu'il est dépassé : les toxicomanes, les patients psychopathes et accusateurs, les patients avec agitation et retard mental sont mieux pris en charge par des thérapeutes s'étant spécialisés dans ces syndromes.

La distinction entre inné et acquis permet dans quelques cas un critère de classification. Lichtenberg (1742-1799) a écrit : « *On peut concevoir l'homme contemporain comme formé de deux personnes dont l'une change selon les lois éternelles de la Nature et l'autre selon les décrets volages des mœurs. Dans tout portrait que l'on dresse des hommes, la chose la plus importante est de distinguer l'une de l'autre.* » Un dernier critère, flou mais pertinent pour la pratique, est de savoir si le patient souffre d'un syndrome au sujet duquel le clinicien a ou n'a pas reçu une formation pour son traitement.

PROPOSITIONS QUANT À LA CLASSIFICATION

→ Poser le diagnostic

Le codage des diagnostics se fait avec les lettres et chiffres de la CIM-10. Dans les pays d'Europe, il y a lieu de poser le diagnostic selon les critères CIM-10 et non DSM-5 (la recherche se fait souvent selon les critères DSM-5, même s'il existe une version CIM-10 pour la recherche). Coder les facteurs externes justifiant d'une prise en soins se fait avec les codes des *autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique* : des codes T et Z de la CIM-10 font partie du diagnostic psychiatrique. Évaluer le handicap fait aussi partie du diagnostic.

→ Informer le patient

La nature descriptive des systèmes CIM et DSM, c'est-à-dire peu étiologique et rarement physiopathologique, devrait être expliquée au patient.

→ Organiser le traitement

Le diagnostic devrait faciliter la sélection d'un traitement spécifique; ce n'est pas systématiquement le cas.

SOURCES D'INFORMATIONS

L'obligation de codage dans les hôpitaux suisses a mené le gouvernement à mettre à disposition le texte de la CIM-10, version 2014; ce texte est accessible sur Internet en inscrivant les mots *administration suisse CIM-10*. Le texte est divisé en 2 volumes téléchargeables en PDF.

<http://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual.pdf> Ce portail de l'OMS permet de télécharger gratuitement le manuel d'utilisation de la CIF, en anglais.

Le texte du DSM-IV-TR est en accès libre sur Internet. Le texte du DSM-5 n'est pas accessible librement sur Internet et la publication du DSM-5 en français est coûteuse, de l'ordre de 140 €.

<http://www.dsm5.org> Ce portail contient une section d'une vingtaine de pages d'accès libre, expliquant les changements de DSM-IV-TR à DSM-5, que j'ai résumés à l'Encadré III (*highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5*).

REMERCIEMENT

Davor Komplita et Myriam Noël-Winderling ont fait des commentaires et des propositions utiles pour la rédaction de ce chapitre.

BIBLIOGRAPHIE

American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual, ICSD-R. Westchester, Illinois, 2005.

Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF, et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? Paper 1 of 7 of the thematic section: A proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine* 39:1993-2000, 2009.***

Berg AT, Berkovic SF, Brodie MJ, et al. Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE Commission on Classification and Terminology, 2005-2009. *Epilepsia* 51:676-685, 2010.

CIM-10. Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes, dixième révision. Organisation Mondiale de la Santé, 1993.

Cuthbert BN, Kozak MJ. Constructing constructs for psychopathology: The NIMH research domain criteria. *Journal of Abnormal Psychology* 122:928-937, 2013.

Demazeux S. Qu'est ce que le DSM ? Genèse et Transformation de la Bible Américaine de la Psychiatrie. Ithaque, Paris, 2013.

Doherty JL, Owen MJ. Genomic insights into the overlap between psychiatric disorders: implications for research and clinical practice. *Genome Medicine* 6:29, 2014.***

Domschke K. Clinical and molecular genetics of psychotic depression. *Schizophrenia Bulletin* 39:766-775, 2013.

DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, 2013.

Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, et al. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-V. *American Journal of Psychiatry* 165:245-250, 2008.

Foucher JR. 35 Psychoses. La Classification des Psychoses Endogènes de Karl Leonhard. Publié sur Internet, Books on Demand, 2012.

Guelfi JD. A perspective on the current issues in the DSM-5 classification of personality disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 15:131-134, 2013.***

Kotov R, Ruggero CJ, Krueger RF, et al. New dimensions in the quantitative classification of mental illness. *Archives of General Psychiatry* 68:1003-1011, 2011.

Lord C, Jones RM. Annual research review: re-thinking the classification of autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53:490-509, 2012.***

Magione S, Nieman LZ. Cardiac auscultatory skills of internal medicine and family practice trainees. A comparison of diagnostic proficiency. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 278:717-722, 1997.

Minard M. Le DSM-Roi. La Psychiatrie Américaine et la Fabrication des Diagnostics. Eres, Toulouse, 2013.

Misès R. et collectif. Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent. École des Hautes Études en Santé Publique, Rennes, 2012.

Morris SE, Cuthbert BN. Research Domain Criteria: cognitive systems, neural circuits, and dimensions of behavior. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 14:29-37, 2012.***

Morris SE, Rumsey JM, Cuthbert BN. Rethinking mental disorders: The role of learning and brain plasticity. *Restorative Neurology and Neuroscience* 32:5-23, 2014.

Peng A, Rohacek M, Ackermann S, et al. The proportion of correct diagnoses is low in emergency patients with nonspecific complaints presenting to the emergency department. *Swiss Medical Weekly* 145:14121, 2015.

Simmons JM, Quinn KJ. The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) project: implications for genetics research. *Mammalian Genome* 25:23-31, 2014.

Stengel E. Classification of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 21:601-663, 1959.

Thomas JJ, Eddy KT, Murray HB, et al. The impact of revised DSM-5 criteria on the relative distribution and interrater reliability of eating disorder diagnoses in a residential treatment setting. *Psychiatry Research* 229:517-523, 2015.

Trull TJ, Widiger TA. Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 15:135-146, 2013.***

Zimmerman M, Francione-Witt C, Chelminski I, et al. Problems applying the DSM-IV eating disorders diagnostic criteria in a general psychiatric outpatient practice. *Journal of Clinical Psychiatry* 69:381-384, 2008.

Zimmerman M, Emmert-Aronson BO, Brown TA. Concordance between a simpler definition of major depressive disorder and Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition: an independent replication in an outpatient sample. *Comprehensive Psychiatry* 52:261-264, 2011.

Pierre Schulz

Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM-5 et la CIM-10

La synthèse des connaissances contemporaines sur les traitements biologiques en psychiatrie, avec une sélection d'informations en neurosciences cliniques et des recommandations pour la pratique médicale.

Le premier volume de la collection *Psychopharmacologie clinique* couvre le champ des interfaces entre les neurosciences et la psychiatrie. Le deuxième volume présente les traitements d'orientation biologique. Dans ce troisième volume, se trouvent des informations sur l'application pratique des médicaments et d'autres techniques de traitement lors de chacune des entités cliniques en psychiatrie.

Les chapitres sont organisés en partant des principaux systèmes de classification, le DSM-5 des États-Unis et la CIM-10 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), avec mention des correspondances et contradictions entre ces systèmes. L'ordre de présentation des chapitres suit celui du DSM-5. Des entités cliniques ne figurant pas dans le DSM-5 ou la CIM-10 sont ajoutées, par exemple l'obésité, la fibromyalgie, la fatigue chronique, la

mythomanie, les addictions comportementales et les états de conscience modifiée. Chaque chapitre décrit les symptômes de l'entité clinique, sa classification, l'épidémiologie, ainsi que les hypothèses et constats quant aux mécanismes des anomalies des fonctions cérébrales supérieures. L'efficacité des traitements occupe une large place dans ce volume, que ces traitements soient fondés sur des approches biologiques ou non biologiques, à savoir les différentes formes de psychothérapie et d'autres prises en soins. Une liste de questions non résolues et de controverses se trouve à la fin de chaque chapitre.

Ce texte offre un résumé critique de la psychiatrie contemporaine, avec l'objectif d'accroître les connaissances et compétences des thérapeutes.

- Une présentation systématique qui permet au lecteur de repérer rapidement l'information.
- Des centaines d'illustrations cliniques et de commentaires qui viennent appuyer la théorie.
- Un accès exhaustif et synthétique aux connaissances en neurosciences cliniques, psychiatrie et psychopharmacologie.
- Une synthèse critique de l'utilisation des médicaments psychotropes.



L'auteur

Pierre Schulz a travaillé comme médecin-chef de l'unité de psychopharmacologie clinique des Hôpitaux universitaires de Genève et comme chargé de cours à la Faculté de médecine de l'Université de Genève

Également disponible



ISBN : 978-2-8073-0306-5



9782807303065

PSYNEURO3

deboeck
SUPÉRIEUR B

www.deboecksuperieur.com