

Diagnostic psychiatrique et relation intersubjective

Gérard Salem

Texte paru dans *La lettre* no 25, fondation Ling, septembre 2003.

« Quel est mon diagnostic, docteur ? » Voilà bien une question assommante à laquelle je n'aime pas devoir répondre. Non que le diagnostic ne soit pas utile. Tout dépend de ce que l'on en fait. S'il s'agit de « résumer » le problème ou la souffrance du patient de cette façon, les étiquettes diagnostiques en psychiatrie me paraissent de plus en plus vaines, futiles, sinon mensongères. Attaque de panique, boulimie, anxiété diffuse, dépression, phobie, hystérie, trouble obsessionnel-compulsif, toxicomanie, frigidité, trouble de la personnalité, trouble bipolaire, perversion, schizophrénie. Avec ce genre de vocables, a-t-on dit l'essentiel de quelqu'un ?

La panoplie est vaste, des syndromes dont aiment à se gargariser un certain nombre de médecins, de psychiatres, de psychologues, d'entreprises pharmaceutiques et autres allumés de bibles diagnostiques¹. Est-ce une question d'épistémologie, d'idéologie, de gagne-pain, de fonds de commerce, de Weltanschauung ? Et que dire de ces patients qui exigent eux-mêmes un diagnostic (du moins un certain nombre d'entre eux, comme impatients de s'approprier une identité pathologique) ? Du reste, le mot syndrome est commode en médecine, lorsqu'il s'agit de camoufler notre indigence scientifique, notre manque d'humanité ou d'intuition subjective. On se borne à décrire un ensemble de symptômes, et voilà qu'on tient le « profil » de quelqu'un, profil qui laisse entrevoir je ne sais quel processus morbide du corps et de l'âme, dont le soubassement étiologique n'est pas vraiment acquis, mais enfin, ça fait sérieux, ça permet de créer des catégories de significations, de justifier des traitements symptomatiques, et surtout de rejeter ou « d'enfermer quelqu'un dans le dehors » (pour reprendre l'expression de Michel Foucault).

Cette façon de penser est en réalité une façon d'interdire de penser². Et pas seulement de penser, mais de sentir. Le diagnostic fonctionne à l'instar d'un masque, qui s'interpose entre le patient et le thérapeute (comme entre le patient et son entourage quotidien, en particulier ses proches, et surtout sa famille³). Cette façon de penser et d'agir a pour effet d'opacifier le face à face réel, de restreindre la relation humaine à ses aspects les plus superficiels, peut-être les plus dégradants, en évacuant tout ce qui se passe sur le plan intersubjectif.

Cette « étanchéité » subjective dans la relation de soin est des plus dommageables, aussi bien pour le patient que pour le médecin et la médecine dans son ensemble. Pour le patient parce que son étiquetage et l'interdiction de son accès à une relation intersubjective ouverte, vont l'isoler durablement dans un « là-bas » de patient et l'empêcher de tirer profit d'une expérience relationnelle authentique avec son thérapeute, avec pour conséquences une aggravation de sa souffrance et un risque élevé de fixation à long terme de ses troubles. Pour le thérapeute, parce qu'il s'isole, lui aussi, dans un « ici » pseudo-scientifique, comme agrippé à sa blouse blanche, en s'interdisant d'évoluer par tout ce qu'une expérience relationnelle authentique avec le patient peut apporter comme enrichissement à son art et à sa propre personne. La conséquence en est une véritable incurie éthique, qui rejaillira sur sa vie entière d'homme-médecin, professionnelle et privée⁴. Pour la médecine enfin, par la cécité que suscite, au coeur de cette noble discipline – qui se doit de rester clairvoyante – l'enfermement dans une dimension fanatiquement objective (concept d'objectification, selon Malherbe)⁵. La conséquence d'un tel fanatisme, pour la psychiatrie en particulier est tout simplement un désastre, autrement dit la robotisation du soignant.

¹ Par exemple le *DSM-IV*, manuel américain, ou le *CIM-10*, manuel de référence de l'OMS (un peu plus nuancé que le précédent)

² Cf J.-F. Malherbe : *Déjouer l'interdit de penser. Essais d'éthique critique*, I. Liber, Montréal, 2001

³ C'est ce que le modèle écosystémique appelle le mécanisme du *patient désigné*.

⁴ Songeons à ces médecins dont les épouses et enfants disent qu'ils sont comme des robots performants.

⁵ La notion de recherche en double aveugle, chère à la médecine scientifique, prend dans un tel contexte d'idées une saveur cocasse, malgré ses indéfectibles mérites.

La relation intersubjective entre soignant et soigné est une expérience mystérieuse et profonde, qui court le risque permanent d'être saccagée par toutes les ambitions d'objectivation (d'objectification⁶) visant à la récupérer au sein de je ne sais quelle *evidence based medicine*. Elle exige de savoir s'abandonner – des deux côtés – à la relation de confiance entre soignant et soigné. J'abandonne mon corps et mon âme entre tes mains, et je te suis reconnaissant de ton intérêt pour moi au même titre que de ton savoir et de tes compétences de soignant. Tu abandonnes ton corps, ton âme et ta souffrance entre mes mains et je te suis reconnaissant de m'honorer de cette confiance et de me faire découvrir à travers notre expérience commune un peu plus de choses sur la maladie, le soin, l'humanité, et moi-même. Et chacun de nous deux sent et sait que l'autre s'implique dans cette relation. Je sens que tu sens ce que je sens, tu sens que je sens ce que tu sens. Je sais que tu sais ce que je sais de nous, tu sais que je sais ce que tu sais de nous⁷. De la sorte s'opère, si l'on tient absolument à une catégorisation nosographique de la souffrance, un diagnostic de la relation, élaboré implicitement par les deux partenaires, et non de manière unilatérale - même si la relation thérapeutique reste nécessairement asymétrique et que le médecin guide le patient dans cette définition à deux. C'est dans un tel contexte affectif et éthique que la relation soignant-soigné peut devenir fiable, c'est-à-dire caractérisée par la crédibilité et la confiance mutuelle. *In expressis verbis*, une relation du type JE-TU, pour se référer à Martin Buber⁸ 8, et non une relation JE-ÇA, réifiante, objectifiante. Sans ce degré d'intersubjectivité, nul espoir d'une thérapie efficace ou même digne de ce nom.

Il est grand temps de ré-examiner la pertinence du diagnostic en psychiatrie. S'il a pour effet de transformer le patient en marionnette physico-chimique (cf. Bounan⁹), il convient de s'interroger sur l'adéquation de l'appartenance de la psychiatrie au champ médical.

A quand un joyeux autodafé du DSM-IV ?

⁶ J.-F. Malherbe, *Les ruses de la violence dans les arts du soin*. Ed. Liber, Montréal, 2003

⁷ Cf. les travaux de Daniel Stern, d'Elisabeth Fivaz et d'Antoinette Corboz. Lire en particulier *The primary triangle*, de E. Fivaz-Depeursinge & A. Corboz, Basic Books, NY, 1999.

⁸ M. Buber, *Je et Tu*. Ed. Aubier, 1969.

⁹ Michel Bounan, *Le temps du sida*, Ed. Allia, Paris, 1991.