

Mardi 14 novembre 2006

Maison de la Mutualité

Colloque Trouble des conduites : des pratiques à la recherche

Intervention de Monsieur Jean-Marie Danion Professeur de Psychiatrie, Chef de service de psychiatrie et directeur de l'unité Inserm 666, Strasbourg.

L'expertise collective sur le Trouble des conduites a provoqué des réactions particulièrement vives et une polémique de grande ampleur, allant très au-delà de la communauté des professionnels concernés pour donner lieu à un débat public largement médiatisé. Dans ces propos introductifs, je voudrais rappeler ces réactions et tenter d'expliquer les raisons de l'ampleur de la polémique, de façon à clarifier la nature du débat auquel nous sommes aujourd'hui conviés.

Les réactions négatives

Les critiques négatives concernent tout d'abord la méthodologie générale de l'expertise collective sur le Trouble des conduites. Est dénoncé le caractère réductionniste, déterministe et scientiste de cette expertise, résultant d'une approche exclusivement médicale du Trouble des conduites, sans que soient pris en compte l'apport des sciences humaines et sociales et l'expérience des acteurs de terrain. La constitution d'un corpus d'études essentiellement anglo-saxonnes, réalisées dans un contexte social, culturel et politique différent du contexte français, a été vivement critiquée. Selon ses détracteurs, l'expertise serait en fait l'expression de la tendance très contestable de notre société à vouloir médicaliser les problèmes sociaux et politiques. Elle courrait le risque d'être détournée par des responsables politiques désireux de renforcer les approches sécuritaires des problèmes éducatifs et sociaux.

Le contenu de l'expertise collective a été également vivement critiqué. Il est reproché l'absence d'analyse épistémologique de la notion de Trouble des conduites. Derrière cette notion prétendument moderne, se cacherait en réalité un retour à la conception déterministe et fixiste de l'enfant caractériel qui prévalait au début du siècle dernier. Il est également reproché l'absence d'analyse psychopathologique des symptômes. En conséquence, le Trouble des conduites serait un fourre-tout nosographique regroupant des entités disparates et mettant sur le même plan les différentes manifestations du Trouble des conduites. Ainsi seraient méconnues les particularités psychopathologiques et les potentialités évolutives de chaque enfant et adolescent concerné.

Selon les détracteurs de l'expertise, les méthodes préconisées en matière de prise en charge et de prévention ne seraient que la simple mise au goût du jour de méthodes connues de longue date. Elles ne viseraient qu'à faire disparaître les symptômes et seraient donc dénuées d'effets préventifs à long terme. Il est également reproché à l'expertise de ne pas aborder les méthodes psychanalytiques, systémiques et humanistes, pourtant très utilisées en France.

L'expertise est accusée de confondre prévention et prédiction en faisant des facteurs de risque des critères permettant de prédire de manière déterministe une évolution vers la délinquance – notion qui est sociologique, juridique et politique et qui est donc dénuée de pertinence médicale -. Selon ses détracteurs, l'expertise soulèverait de graves problèmes éthiques en préconisant le repérage systématique des traits de personnalité et des facteurs de risque familiaux. A cet égard, la recommandation de repérer les premiers symptômes du Trouble des conduites dès l'âge de 36 mois a été particulièrement critiquée, car ce repérage comporterait un risque de stigmatisation des enfants et de leur famille.

Les réactions positives

Le point de vue des chercheurs, des praticiens de terrain et des associations de patients et de familles de patients qui ont apporté leur soutien à l'expertise collective est évidemment tout autre. Il s'agit selon eux d'une étape indispensable dans le progrès des connaissances sur le Trouble des conduites et l'amélioration de sa prise en charge et de sa prévention. Est souligné l'intérêt de disposer, grâce à l'utilisation de la procédure reconnue et validée de l'expertise collective, d'une synthèse des connaissances scientifiquement établies sur le Trouble des conduites.

Est également mis en avant le fait que le Trouble des conduites, alors même qu'il prend la forme d'un problème social, est aujourd'hui reconnu comme l'expression d'une souffrance psychique des enfants et des adolescents concernés et de leur famille.

L'expertise collective est perçue comme porteuse de plusieurs messages positifs. Elle montre que des traitements peuvent soulager efficacement cette souffrance psychique, et elle souligne l'intérêt de repérer cette souffrance tôt, de façon à intervenir tôt. L'expertise identifie les facteurs susceptibles de favoriser une évolution péjorative des troubles, ainsi que les méthodes pluridisciplinaires permettant de prévenir une telle évolution. Elle souligne l'intérêt de la prévention ciblant la petite enfance, prévention qui repose notamment sur le soutien aux parents en situation difficile. Enfin, l'expertise propose des recherches pluridisciplinaires dans les domaines de la prise en charge et de la prévention, recherches mettant à profit les méthodes validées mais tenant compte des spécificités et des pratiques locales.

Pourquoi une polémique d'une telle ampleur ?

Au-delà du contenu de ces réactions, ce sont l'ampleur et la violence de la polémique qui méritent d'être soulignées. Comment rendre compte d'un tel déchaînement des passions ?

Certes, il y a eu un profond malentendu sur ce qu'est une expertise collective. Une expertise collective a pour objectif de faire la synthèse des données de la littérature scientifique sur une question donnée, à un moment donné. Le malentendu réside dans le fait qu'une expertise collective n'a pas pour objectif d'évaluer les pratiques professionnelles ou les politiques de santé. En cela, l'HAS peut poursuivre et compléter le travail de l'expertise collective de l'Inserm grâce aux procédures d'audition publique, de conférence de consensus, ou encore de recommandations de bonnes pratiques. Une

expertise collective ne saurait donc faire l'économie d'un débat de professionnels ou de société. Elle n'est que l'un des premiers maillons de la chaîne reliant chercheurs, professionnels de terrain, citoyens et décideurs politiques.

Ce malentendu sur les objectifs d'une expertise collective ne peut toutefois rendre compte à lui seul de la diffusion de la polémique bien au-delà du cercle des professionnels concernés et du fait que certaines critiques n'ont pas de rapport direct avec le contenu de l'expertise. D'autres explications sont donc à rechercher. Il me semble que l'ouvrage de Georges Canguilhem intitulé « Etudes d'histoire et de philosophie des sciences » apporte ces explications lorsqu'il explicite les raisons pour lesquelles la médecine fait l'objet de controverses. Je voudrais donc m'attarder quelques instants sur cet ouvrage. La médecine fait l'objet de controverses, nous dit Canguilhem, parce qu'elle est écartelée entre son ambition scientifique et sa finalité thérapeutique. Deux logiques antagonistes y sont à l'œuvre. L'une proclame nécessaire et suffisant de fonder la médecine sur des faits prouvés scientifiquement. L'autre, parfois sous couvert d'idéologies diverses, discrédite la médecine fondée sur des preuves en se nourrissant des excès de la médecine expérimentale et de la thérapeutique. Canguilhem récuse cette logique, car elle est selon lui incapable de protéger l'homme contre la capacité qui est la sienne de s'illusionner sur lui-même.

Peut-on pour autant affirmer qu'il est nécessaire et suffisant de fonder la médecine sur des faits prouvés scientifiquement ? Pour Canguilhem, nul doute que cela soit nécessaire, car c'est bien la rationalité médicale qui rend la pratique médicale efficace, grâce à l'application d'une connaissance tenue pour certaine. En revanche, que cela soit suffisant lui paraît hautement contestable, et ceci en raison des limites mêmes de la rationalité médicale. Canguilhem décrit deux limites principales. La première tient au fait que la démarche scientifique suppose la mise entre parenthèses du malade. Mais le malade n'est pas que le lieu où la maladie s'enracine. Lorsque le médecin a substitué la vérité objective de la maladie à la plainte du malade et à sa façon de se représenter subjectivement les causes de son mal, le médecin n'a pas pour autant réduit la subjectivité du malade. Tout médecin un tant soit peu expérimenté constate quotidiennement que l'objectivité de son savoir médical n'annule pas la subjectivité de l'expérience vécue par le malade. En outre, la conscience que le malade a de sa situation n'est jamais « une conscience nue, sauvage ». Il est impossible d'ignorer la présence, dans l'expérience vécue du malade, des effets de l'histoire personnelle et collective et de la culture. Voilà pour la première limite.

La seconde limite de la rationalité médicale tient au fait que la médecine est un phénomène qui se situe à l'échelle de la société. Des choix politiques se trouvent impliqués dans tous les débats sur les rapports de l'homme et de la médecine. Toute prise de position en ce domaine concerne, implicitement ou explicitement, l'avenir de l'humanité, la structure de la société, l'enseignement de la médecine, la profession médicale.

En explicitant ces deux limites de la rationalité médicale, Canguilhem affirme qu'un fait médical ne se réduit pas à sa seule vérité scientifique et objective. Un fait médical est également porteur d'une vérité subjective, celle des représentations et des valeurs, construites tout au long d'une histoire personnelle et collective. Vérité objective et vérité subjective ne coïncident pas, elles ne peuvent être réduites l'une à l'autre et la méconnaissance de l'une comme de l'autre est source de dérives. La méconnaissance de la vérité subjective risque notamment de conduire à ce que Canguilhem appelle une rationalité déraisonnable. Rationalité déraisonnable lorsque « le risque existe de ne plus pouvoir contenir l'audace thérapeutique dans les limites incontestées par la conscience morale ». La difficulté est liée au fait que le malade souhaite et redoute à la fois cette audace. D'une part, il estime que tout doit être fait pour procurer la guérison. Mais d'autre part, il craint que la médecine le prive de la responsabilité de décider du cours de son existence. Pour Canguilhem, c'est dans la reconnaissance de ses propres limites que doit s'accomplir la rationalité médicale. Ces limites doivent être entendues non pas comme l'échec d'une ambition qui a fait la preuve de sa légitimité, mais comme l'obligation de changer de registre. La rationalité médicale doit être relayée par une rationalité autre. Il s'agit d'un point de conversion, nous dit Canguilhem, et non d'un point de repli.

Ces réflexions sur la médecine somatique prennent une acuité toute particulière lorsqu'elles sont étendues à la psychiatrie et à la santé mentale, domaines particulièrement exposés et vulnérables du fait de leur situation au carrefour de courants de pensée multiples, parfois antagonistes, voire contradictoires. Les maladies mentales touchent en effet les patients dans leur subjectivité et comportent toujours une dimension morale et sociale. Elles font peur et chacun souhaite le progrès thérapeutique en même temps qu'il le redoute, dans la crainte que ce progrès rende possibles une intrusion au plus intime de l'humain et une dépossession du libre-arbitre et de l'identité, ou soit récupéré à des fins de contrôle social.

Le Trouble des conduites est l'illustration la plus achevée de cette situation particulièrement complexe dans la mesure où, précisément, il se définit par la violation des normes morales et sociales. Le risque est alors réel que le Trouble des conduites soit perçu non pas comme l'expression d'une subjectivité en souffrance, mais comme l'expression d'une subjectivité déviante et inquiétante, empreinte d'intentions malveillantes et malfaisantes, et mettant en question la capacité de l'enfant ou de l'adolescent de devenir un adulte pleinement responsable vis-à-vis de lui-même, des autres et de la société.

En outre, les méthodes de repérage et de prévention risquent d'être perçues comme des outils de contrôle social dès lors qu'elles sont préconisées à l'échelle de larges populations et qu'elles impliquent des intervenants autres que ceux de la santé et de l'action sociale.

Nul ne saurait donc s'étonner du déchaînement des passions qui survient lorsque, dans un tel domaine, le fragile équilibre entre les diverses lignes de force apparaît, à tort ou à raison, menacé. A cet égard, le contexte social et politique dans lequel l'expertise collective est parue, marqué par la crise des banlieues et la question de la prévention de la délinquance, a joué indiscutablement un rôle catalyseur. L'ampleur de la polémique sur l'expertise collective est à la mesure de la force des

représentations personnelles et collectives et des valeurs auxquelles renvoie la question de la transgression des normes morales et sociales, et des antagonismes qui en découlent. Rappelons brièvement ces antagonismes.

Le recours aux concepts et aux méthodes des neurosciences a permis des progrès considérables dans la compréhension et le traitement de certaines maladies mentales comme la dépression, la schizophrénie et l'autisme. Forts de ces progrès, certains chercheurs et cliniciens vont jusqu'à affirmer que l'approche des neurosciences est non seulement nécessaire, mais également suffisante pour rendre compte des maladies mentales. Ils prônent une extension sans limites des neurosciences, au risque d'une dérive vers la rationalité déraisonnable dénoncée par Canguilhem. D'autres, en réaction et de façon tout aussi déraisonnable, vont jusqu'à dénier toute pertinence à l'utilisation des concepts et des méthodes des neurosciences pour comprendre et traiter les maladies mentales.

Force est cependant de constater que les neurosciences ne permettent pas de rendre compte de manière pertinente de certains aspects des maladies mentales et de la souffrance psychique, tels que les représentations et les valeurs qui leur sont liées. Nous retrouvons ici le point de conversion évoqué par Canguilhem. La démarche des neurosciences doit alors être relayée par une autre démarche, celle des sciences humaines et sociales comme la psychanalyse, la sociologie, l'anthropologie, la philosophie, l'épistémologie et l'éthique. La démarche des sciences humaines et sociales repose sur des référents autres que le cerveau, notamment le langage. Elle se structure selon des oppositions autres que celle du biologique et du psychique, notamment celle du conscient et de l'inconscient.

Vérité scientifique objective et vérité subjective des représentations et des valeurs ne relèvent donc pas du même ordre de discours. Ainsi que Paul Ricœur l'a bien montré, le discours qui en découle est un discours brisé. En lieu et place d'un savoir totalisant, apparaissent des savoirs multiples, partiels, fragmentaires, à la pertinence limitée à des domaines bien déterminés. La pluralité devient la condition d'exercice de tous les discours sur l'homme. Mais la grande difficulté de l'exercice, c'est que nul ne dispose du savoir de surplomb qui permettrait d'unifier les différentes convictions. Pour les praticiens de terrain que nous sommes, confrontés à la réalité clinique de patients singuliers, cette difficulté est redoublée par la nécessité absolue que les différents discours non seulement ne s'ignorent pas, mais puissent déboucher concrètement sur un ensemble d'actions coordonnées et bénéfiques pour le patient. C'est bien le patient qui nous rappelle, si nous l'avons oublié, l'exigence éthique : nous sommes dans cette situation où les questions posées ne trouvent aucune réponse toute faite et requièrent l'instauration d'un débat ouvert, pluridisciplinaire et constructif. Débat constructif car maîtrisé, tolérant et respectueux de la spécificité de chaque discipline et de sa rationalité propre. C'est à un tel débat que nous sommes aujourd'hui conviés.

Référence :

Canguilhem G. Etudes d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie. Vrin éditeur, 7ème édition, 1990.