

CULTURE-BOUND SYNDROMES : PERTINENCE D'UNE CATEGORIE DIAGNOSTIQUE ?

S. PEREZ, A. JUNOD, M. PILARD

RESUME • Les *Culture-Bound Syndromes* (CBS) ou syndromes (psychiatriques) propres à une culture donnée sont réputés ne s'observer que dans des aires culturelles données. Ils ont été initialement étudiés par les anthropologues et les psychiatres de formation occidentale exerçant outre-mer, puis par les praticiens prenant en charge des patients venant de pays où les valeurs traditionnelles sont encore dominantes. Aujourd'hui, les CBS apparaissent dans une annexe de la classification de l'Association Américaine de Psychiatrie (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ou DSM IV). Dans cet article est présentée une synthèse sur le processus qui a conduit à l'élaboration de cette annexe. Ensuite, à partir de l'exemple du *Koro*, perception aiguë et angoissante d'une rétraction des organes génitaux, sont relevés des rapprochements cliniques et psychopathologiques avec les expressions classiques de l'hystérie collective et individuelle. La pertinence d'individualiser les CBS dans la nosographie psychiatrique est mise en perspective avec les conceptions des Ecoles d'anthropologie française et américaine jusqu'à ses implications épistémologiques. *In fine*, la manière de se représenter les troubles mentaux étant un phénomène culturel variable dans le temps et l'espace, elle est plus à resituer par rapport aux perspectives étiques (universelle) et émiques (spécifique d'un groupe) que dans la controverse sur la nécessité d'inclure les CBS ou non dans le DSM IV.

MOTS-CLES • *Culture-bound syndrome* - *Koro* - Hystérie collective - Nosographie psychiatrique - Transculture.

CULTURE-BOUND SYNDROMES : PERTINENCE AS A DIAGNOSTIC CATEGORY

ABSTRACT • *Culture-bound syndromes (CBS) are supposedly confined to one specific cultural areas. These syndromes were first studied by western anthropologists and psychiatrists working overseas, and later by practitioners treating patients from societies with traditional customs and values. The latest edition of the American Psychiatry Association classification (DSM IV) includes an annex on CBS. This report gives a concise background of the process that led to the inclusion of this annex. Then using Koro (a sudden and intense fear that the genitals organs will recede into the body) as an example, a number psychopathological parallels are drawn between CBS and classic manifestations of individual and mass hysteria. The pertinence of individualizing the CBS in the psychiatric nosography including the epistemologic implications is analyzed with reference to the concepts of the French and American Schools of Anthropology. Since attitudes toward mental illness are culturally determined and subject to variation in time and space, we feel that this debate should be placed within the context of a general dialectic between etic (universality) and emic (cultural specificity) rather than a controversy on the need for an annex on CBS in the DSM IV.*

KEY WORDS • *Culture-bound syndrome* - *Koro* - *Mass hysteria* - *Psychiatric nosography* - *Transculture*.

Med. Trop. • 2000 • 60 • 75-82

Dans le champ de la psychiatrie transculturelle, s'il est un domaine où la littérature est riche et ne s'épuise pas, c'est celui qui concerne les *Culture-Bound Syndromes* (CBS) traduit par « syndromes (psychiatriques) propres à une culture donnée ». De quoi s'agit-il ? Au delà des que-

relles concernant la définition du terme sur laquelle nous reviendrons et au risque de paraître imprécis, nous dirons dans cette introduction qu'il s'agit de tableaux cliniques réputés ne s'observer que dans des aires culturelles précises. Deux types de publications peuvent être différenciés : celles qui traitent d'un syndrome précis et cherchent à en dégager les particularités, essentiellement cliniques et épidémiologiques, et celles qui s'interrogent sur la pertinence d'isoler ces entités et sur la place à leur accorder. Dans cette dernière perspective, il est tout à fait intéressant de se pencher sur le sort qui leur a été fait dans la dernière version de la classification de l'Association Américaine de Psychiatrie (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

• Travail du Service de Psychiatrie (S.P., Assistante du SSA; A.J., Professeur Agrégé du SSA, Chef de Service; M.P., Spécialiste du SSA), Hôpital d'Instruction des Armées A. Laveran, Marseille, France.

• Correspondance : S. PEREZ, Service de Psychiatrie, HIA Laveran, Boulevard Laveran, 13998 Marseille Armées, France • Fax : 04 91 61 71 71 • e-mail : sylvie.perez@free.fr •

• Article sollicité.

Disorders, IVth Edition (DSM IV)) puisque c'est leur première apparition dans un système nosographique moderne, lequel prétend être a-théorique et s'ex porte aux quatre coins de la planète.

Nous allons voir que cette initiative, si elle constitue une innovation louable, n'est pas exempte de critiques. Nous examinerons tout d'abord les étapes successives par lesquelles nous en sommes arrivés là et nous prendrons comme illustration le cas du *Koro*, syndrome dont il est question dans de nombreux articles et traités de psychiatrie dès qu'il s'agit peu ou prou de culture. Après avoir fait le point sur ce qu'il en est de la place de la culture et des CBS dans le DSM IV, nous ouvrirons le débat sur des considérations épistémologiques. Les questions qui jalonnent notre réflexion sont les suivantes. Tout d'abord, à l'heure où il est de plus en plus souvent question de ces syndromes propres à une culture donnée, s'agit-il bien d'entités spécifiques et reconnues comme pathologiques par le groupe limité dans lequel il peut être observé ou bien s'agit-il de formes locales d'entités par ailleurs universelles ? Cette question n'est pas nouvelle puisqu'elle s'inscrit en filigrane dans toute la littérature du XX^e siècle concernant les rapports entre psychiatrie et culture. Elle mérite de continuer à être travaillée puisqu'on nous la re-propose, via cette inscription dans DSM IV. Ensuite, et plus généralement, est-il possible de considérer la culture comme un critère de définition d'un comportement ou d'un tableau clinique, ce qui laisse supposer qu'on peut également l'ignorer ? C'est de cela dont il est question dans l'ébauche taxonomique qui nous est proposée dans la dernière classification américaine. Ou bien n'est-il pas encore et toujours pertinent de considérer la culture comme un implicite du fait humain qui, en cela, traverse l'ensemble de la pathologie psychiatrique dont elle ne peut être artificiellement retranchée ou juxtaposée ?

cins et ethnologues entreprennent d'aller voir sur le terrain

EVOLUTION DES IDEES :

DES CULTURE-BOUND SYNDROMES DE KRAEPELIN AU DSM IV

La première description d'un CBS pourrait remonter, selon Ellenberger (1), à l'Antiquité. C'est la lecture que fait l'historien de la psychiatrie d'un texte hippocratique où il est fait mention de la maladie des Scythes : *Parmi ceux-ci, un certain nombre d'hommes devenaient impuissants, se mettaient à parler avec une voix féminine et adoptaient la manière de vivre des femmes*. Les causes suspectées en étaient le climat rigoureux de la Scythie et le mode de vie de ses habitants. Si l'on accepte cette description comme fondatrice, on pose également qu'une des particularités du tableau, c'est qu'il y a quelqu'un pour l'observer et s'en étonner, quelqu'un qui vienne dire que ce qu'il voit là n'existe pas chez lui. L'intérêt pour ce qu'Ellenberger appelle en 1965 les *mala - dies mentales à spécificité culturelle* (1) se nourrit au début du XX^e siècle d'un double courant de pensée, psychiatrique et anthropologique, et dépasse alors ce qui n'avait été jusque là qu'une curiosité pour une collection de récits hétéroclites dont on ne savait pas très bien s'ils tenaient du mythe ou de la réalité. Stimulés par les témoignages des voyageurs, méde-

ce qu'il en est.

Pour ce qui est de la psychiatrie, c'est à l'allemand Kraepelin que revient la primauté de s'être intéressé à la question des liens existant entre culture et pathologie psychiatrique. Remarquons qu'avant cela, il fut un grand théoricien de la classification des maladies mentales et qu'il aborde ce sujet alors que son œuvre est construite. Le XIX^e siècle s'achève et ses conceptions s'imposent dans toutes les grandes écoles européennes de psychiatrie. Elles serviront de références pour la pratique clinique moderne pendant de nombreuses décennies. Il voyage alors en Asie du sud-est, puis élargit son champ d'investigation. Jilek souligne à quel point le travail qu'il accomplit jusqu'à sa mort se trouve être pionnier en matière de psychiatrie comparative (2). Il s'intéresse à l'influence des facteurs sociaux et culturels sur l'expression des affections, jetant les bases de la pratique transculturelle. Selon Chanoit et Lermuzeaux, il s'agit déjà de déterminer si les critères nosologiques par lui dégagés peuvent avoir une valeur universelle (perspective « étique ») ou bien s'ils ne valent que dans le milieu où ils ont été forgés ce qui implique qu'à chaque culture correspondent des formes spécifiques de la folie (perspective « émique ») (3). Le décor est ainsi planté et c'est dans cet entre-deux que va apparaître et se développer le concept de CBS.

Ce sont les travaux des anthropologues qui vont amorcer le mouvement. Ceux-ci s'intéressent très tôt à des comportements inédits, signalés comme relevant de la maladie mentale dans les sociétés qu'ils étudient, tout en se questionnant sur la diversité de ce qui définit celle-ci d'un groupe à l'autre. Cette interrogation fondamentale se verra traitée différemment selon les courants de pensée auxquels appartiennent les chercheurs et nous mettrons plus particulièrement l'accent sur l'opposition qui peut exister entre les conceptions de l'anthropologie structurale, développée par Lévi-Strauss, et celles de l'École américaine d'anthropologie culturelle représentée par Benedict, Kardiner, Mead et Linton. Pour la première, il existe des processus mentaux communs à toute l'humanité (suivant en cela les positions freudiennes développées dans *Totem et tabou*) qu'il convient de rechercher à travers la particularité culturelle. Toute culture n'est donc qu'une variation sur le même thème. Pour la seconde, la culture prime et elle est un déterminant essentiel dans la constitution de la personnalité et dans les comportements de l'individu. C'est elle qui fonde la notion de « relativisme culturel » et les différences observables d'un groupe humain à l'autre, écartant l'idée d'un invariant psychique.

Ceci ne va pas être sans conséquence sur la psychiatrie à « vocation culturelle », le lien avec l'anthropologie passant par l'abord psychanalytique des troubles mentaux, relations récemment étudiées par Corin (4). À l'anthropologie structurale répondent directement les thèses psychanalytiques que vont utiliser les praticiens tels ceux de l'École de Fann. Ceux-ci insistent sur l'universalité des processus intrapsychiques mais mettent l'accent sur les particularités de leurs expressions en fonction de la culture. À l'anthropologie culturelle répond la psychiatrie centrée sur les comportements qui ne se préoccupe pas de concepts psychodynamiques et qui, parallèlement, s'affranchit volontiers des frontières géographiques et culturelles dès qu'elle le peut. En passant du

champ de l'anthropologie à la psychiatrie et par un effet de croisement, les positions se trouvent quelque peu inversées : les « particularistes » et les « universalistes » (pour reprendre la distinction introduite par Karp (5)) ont en quelque sorte changé de camp.

Tout ceci ne veut pas dire que les uns et les autres vont avoir une position nécessairement contrastée et opposée concernant ce qu'il en est des CBS. Revenons à l'impasse dialectique mise en exergue par Prince et Tcheng-Laroche (6) : d'une part, les maladies mentales se présentent de façon très influencée par la culture, d'autre part les troubles psychiatriques les plus fréquents présentent des caractéristiques universellement retrouvées. Comment situer les CBS face à cette aporie ? Parmi ceux qui relèvent le défi et tentent de répondre à la question, les particularistes que nous appellerons les cliniciens de la culture et pour lesquels effectivement il existe un lien fort entre maladies mentales et culture, se divisent en deux groupes : ceux qui souhaitent que les CBS soient pointés en tant que tels et ceux qui pensent qu'il n'est d'aucun intérêt d'en faire un groupe d'affections particulières. Ceux-là, tel Low (7), proposent de remplacer le terme de CBS par « symptôme culturellement interprété », ou encore, tel Pfeiffer (8), réclament que les facteurs culturels deviennent un axe diagnostique à part entière dans les systèmes nosographiques modernes. Quant aux universalistes, cliniciens du symptôme auxquels appartient Prince, ils évacuent la question en adoptant une approche extrêmement restrictive. Seul compte le symptôme objectif, indépendamment des caractéristiques épidémiologiques le concernant et les diverses théories pathogénétiques afférentes. C'est une position réductionniste mais qui a l'avantage de cadrer avec la philosophie des classifications actuelles (recenser des signes repérables de façon univoque par n'importe quel clinicien) et de permettre l'absorption de toute anomalie du comportement rapportée à un trouble mental par les systèmes diagnostiques existant déjà. Pour Prince, postuler comme certains que toutes les maladies, physiques et psychiques, ont à voir avec la culture n'a pas de sens. Il évacue le questionnement à ce sujet et le renvoie dans le champ de l'anthropologie.

On aurait pu penser que cette dernière position suffirait à l'Association Américaine de Psychiatrie pour se sortir de ce qui apparaît comme un imbroglio épistémologique. Il n'en est rien et nous détaillerons plus loin la position adoptée à l'heure actuelle dans sa classification des troubles mentaux, sur laquelle se calque d'ailleurs celle de l'OMS. Mais avant d'aller plus loin, considérons ce qu'il en est pour un exemple de CBS, en l'occurrence le *Koro*.

ILLUSTRATION CLINIQUE : LES PEREGRINATIONS DU KORO

Selon Ellenberger (9), c'est un médecin militaire hollandais, Blonk, qui aurait décrit pour la première fois un tableau clinique original appelé *Koro* qu'il avait observé en 1895 dans l'île de Célèbes (archipel indonésien). Ses travaux sont rapportés par Van Brero en 1897 qui tente de faire une

première synthèse concernant l'affection dont il précise que sa fréquence est difficile à apprécier car elle est entourée d'un climat de honte et ne se dévoile pas volontiers à l'étranger. Le *Koro*, mot d'origine malaise, désigne un état caractérisé par une crise aiguë d'angoisse autour de la crainte d'une rétraction et de la disparition des organes génitaux à l'intérieur du corps et de l'imminence de la mort qui pourrait en résulter. Concernant essentiellement des hommes, Ellenberger précise que *pendant plusieurs heures, le sujet, afin d'éviter l'issue fatale, retient son pénis de toutes ses forces, se faisant parfois aider par des personnes de son entourage*. Le trouble cède sans séquelles dans un temps variable. Cette description princeps est suivie de nombreuses observations dans tout le sud-est de l'Asie. Les travaux les plus connus et les plus souvent cités dans la première moitié du XX^e siècle sont ceux de Vortsman (Bornéo) et de Von Wulfften Palthe (Java) qui décrit l'appareillage spécial auquel les malades recourent parfois pour éviter la rétraction.

Le *Koro* est par la suite observé en Chine du sud puis en Asie du sud-est (Viêt-Nam, Thaïlande...) dans des groupes ethniques différents, sous forme sporadique mais aussi épidémique, et de façon parfois si fréquente qu'il est considéré en certains endroits et par certains auteurs comme endémique. Il concerne en priorité des hommes jeunes, mais aussi des femmes. Puis le syndrome commence à voyager. Une épidémie est décrite en Inde du nord (10) et quelques cas, parfois dits apparentés, sont rapportés aux Etats-Unis (11), en Israël (12, 13) et en Afrique de l'est (14). Kovacs et Osuath, en 1998, font état d'une observation chez une femme coréenne vivant en Hongrie (15). La zone où le *Koro* est décrit s'est donc progressivement étendue et le phénomène semble concerner à présent des groupes socioculturels très différents.

Les théories explicatives développées tout au long de ce siècle d'observation sont extrêmement variables. Van Breroy voyait une variété d'illusion cénesthésique comparable à celles existant chez les névrosés, ce terme étant employé dans un sens probablement non psychanalytique. Von Wulfften Palthe évoquait une manifestation du complexe de castration et parlait, toujours selon Ellenberger, d'une *forme particulière du désir freudien de mort*. Quant à Ellenberger lui-même, que ce soit en 1965 ou en 1978 associé à Murphy (16), il le classe sans hésitation dans la catégorie des névroses, parlant même de névrose sexuelle, dans le sens où ce qui transparait d'une telle clinique, c'est que *l'individu se sent menacé dans son identité sexuelle*. Il faut dire que pour lui, *les prétendues maladies mentales spécifiques... ne sont que des formes particulières d'affections mentales générales, dont les symptômes sont profondément modelés par des facteurs culturels*.

Plus récemment, les observations épidémiques ont permis de dégager certaines données sociodémographiques intéressantes. Premier point, elles surviennent en général lors de situation de crise ou de tension sociale. Jilek et Jilek-Aall relatent une épidémie d'hystérie collective se manifestant par des symptômes de *Koro* survenue en 1976 en Thaïlande (17). Elle concernait environ 200 personnes à un moment où circule une rumeur d'empoisonnement de la nourriture et du tabac en pro-

venance du Viêt-Nam, rumeur reprise par les médias et l'opinion publique comme une atteinte délibérée à la santé, et plus particulièrement à la vigueur sexuelle, du peuple Thaï. Deuxième point, elles touchent essentiellement des populations de faible niveau économique et adhérant fortement aux théories explicatives traditionnelles des maladies. C'est ce que constatent aussi bien Sachdev en Inde en 1985 (10) que Tseng et Coll. en Chine en 1992 (18). Cheng insiste sur le fait que le *Koro* ne concerne pas que le seul malade mais l'ensemble de la communauté dans lequel il se manifeste (19). Ainsi, l'apparition d'une épidémie à un endroit et à un moment précis serait hautement corrélée avec d'une part la survenue d'un ou plusieurs événements sociaux d'importance, venant potentiellement menacer le groupe, et d'autre part la force des croyances locales concernant l'existence du phénomène.

Pour ce qui est des cas hors zone d'origine, les auteurs modernes signalent qu'il existe souvent un contexte psychiatrique voire organique associé. La question de la comorbidité apparaît de façon cruciale dès lors que le syndrome voyage. Rosca-Rebaudengo et Coll. colligent plusieurs cas où il est observé en association avec des troubles évoquant des états psychotiques chez des sujets en situation d'immigration récente et/ou d'acculturation (20). Pour Chowdhury, cette supposée survenue dans diverses zones du globe plus ce phénomène de comorbidité contribue à diluer la spécificité du *Koro* en tant que CBS (21). Cet auteur suggère que les cas observés hors de la zone géographique d'origine seraient en fait tout autre chose que des *Koro*. Le diagnostic serait porté abusivement du fait d'un amalgame sémiologique et sémantique. Toute crainte concernant la perte des organes génitaux ne pourrait pas être considérée systématiquement comme un cas de *Koro*. C'est ce que souligne Edwards qui, en 1984, suggère de remplacer le terme *Koro* par le très consensuel et mondialiste «syndromes de rétraction génitale» (22).

Pour notre part, nous rapportons le cas d'un français âgé de 56 ans, vu à notre consultation à la demande d'un confrère chirurgien à qui il était venu demandé un geste visant à traiter une obésité qu'il n'arrivait pas à vaincre. Au cours de cet unique entretien, il fit état de difficultés sexuelles apparues six ans plus tôt. Il s'agissait de troubles de l'érection qui s'accompagnaient, en certaines circonstances, d'une angoisse intense et de la sensation physique que ses organes génitaux se rétractaient dans son abdomen, ce qui rajoutait encore à l'anxiété. Ces symptômes duraient environ une demi-heure pour ensuite disparaître jusqu'à la crise suivante. Notre patient relate cela sans le moindre étonnement ou critique. Qualifions-nous ce tableau de *Koro-like*? Nous le pourrions si nous nous arrêtons au niveau descriptif de ce qui se passe et si nous travaillions avec une grille de critères diagnostiques. Cependant, l'histoire de ce patient nous donne des clés que nous ne pouvons ignorer. Dans son enfance et pendant plusieurs années, il avait été victime de conduites incestueuses de la part de sa sœur aînée. Il disait ne pas en avoir souffert, y avoir même pris du plaisir et n'avoir jamais osé en parler à quiconque de son entourage. Ce n'est qu'à l'âge d'homme mûr qu'il apprit que ses autres sœurs avaient été, de la même façon, «incestées» par leur aînée. Juste avant que n'appar-

raissent ses difficultés sexuelles, l'une d'entre elle lui dit que cette dernière, dont il n'avait plus de nouvelles, venait de subir une hystérectomie. *J'ai vu l'image de la pourriture* nous dit-il alors. A partir de ce moment, il lui fut impossible d'avoir la moindre relation sexuelle et toute stimulation avait pour conséquence les symptômes qu'il nous décrivait. Nous n'irons pas plus loin dans l'exposé de ce cas qui pourrait faire l'objet de développements psychopathologiques particulièrement riches. Il nous suffit ici d'avoir pointé que là où aurait pu être l'«exotique», advint la problématique névrotique. Les caractéristiques à la fois individuelles et collectives de nombre de ces cas de *Koro* ne sont pas sans rappeler la clinique et la psychopathologie de la névrose hystérique.

A partir de l'ensemble des données exposées, des questions cruciales se posent donc pour le *Koro*, mais aussi pour tout tableau considéré comme étant un CBS. Elles découlent de cette interrogation que nous avons signalé dès notre introduction. Il s'agit de déterminer s'il s'agit d'une entité originale ou s'il est le masque que prend dans certaines régions du globe une pathologie par ailleurs connue, tout particulièrement l'hystérie, appelée à la fin du XIX^e siècle la Grande Névrose. Deux grands courants se distinguent alors et nous allons retrouver l'opposition entre particularistes et universalistes. Tout d'abord, il y a les auteurs prudents qui ne tranchent pas définitivement et insistent non pas tant sur l'existence ou non d'une entité psychiatrique universelle sous-jacente que sur les conditions psychologiques individuelles et groupales qui favorisent son apparition. Pour ceux-là, tel Bartholomew (23), les cas isolés relèvent très probablement de pathologies psychiatriques tandis que les épidémies reviennent à un «trouble collectif de la perception», tentative de résolution de problèmes qui concerne le groupe et qui repose sur la capacité à se laisser tromper par les perceptions, la dynamique de la conformité sociale et l'acceptation des croyances locales concernant le *Koro*. Ensuite, il y a ceux qui travaillent dans la seconde perspective, qui arasent la dimension culturelle, simple «coloration» géographique et ethnique, et font du *Koro* une forme d'expression de manifestations psychiatriques déjà répertoriées et classifiées. Guarnaccia et Rogler (24) soulignent que cela n'est pas sans poser de problèmes puisque, selon les auteurs et ce qu'ils retiennent comme noyau symptomatique du syndrome, celui-ci se trouve identifié à un trouble anxieux (11, 25), parfois plus précisément une forme de trouble panique, un trouble somatoforme (26), un trouble dissociatif (19), un trouble sexuel... Remarquons au passage que quasiment toutes les catégories diagnostiques issues du démembrement des névroses se trouvent tour à tour convoquées. Si une telle position est tenable et extrapolable à tous les syndromes spécifiques à une culture donnée, alors c'est la pertinence du concept de CBS qui doit être revue.

Les positions semblent assez tranchées, mais aucun argument ne penche véritablement en faveur de l'une et de l'autre, ce qui explique probablement les contradictions qui vont se faire jour dès lors que l'on va tenter en pratique d'inscrire tout cela dans un système de classification des troubles mentaux, ce que nous allons voir à présent.

CULTURE-BOUND SYNDROMES ET DSM IV

C'est en 1994 que les CBS font leur apparition officielle dans un système nosographique psychiatrique moderne, en l'occurrence la quatrième version de la classification américaine des troubles mentaux. Le DSM IV est un ouvrage qui se veut athéorique. Il s'inscrit dans une perspective néoscientiste qui vise à faire de la psychiatrie une branche respectable de la médecine en levant les incertitudes liées à la multiplicité des approches théoriques concernant le fait psychique. Il s'agit d'être sûr que tout le monde parle bien de la même chose en se limitant à l'étude des comportements et de leurs troubles, aux Etats-Unis mais également partout ailleurs, puisque cette classification sert de référence pour tout travail de recherche digne de ce nom. Le diagnostic et les statistiques sont promus au détriment de la clinique aliénée à la loi des critères et des axes : l'observation sur un mode de pensée binaire à la place d'une démarche élaboratrice. Qu'a donc à faire un tel système avec la culture ? Rien jusqu'à présent, du moins le prétendait-il dans ses précédentes versions. Comme le remarque Rogler (27), celles-ci avaient très sérieusement négligé la question et ne comprenaient, en introduction, qu'un court avertissement concernant leur utilisation pour des patients provenant de cultures non occidentales à cause des risques d'erreur diagnostique que cela comportait. Que s'est-il passé pour qu'il faille rajouter une annexe concernant le facteur culturel dans la quatrième édition ? Est-ce une entorse, certes timide, à l'idéal d'universalité des entités par ailleurs recensées dans le manuel ? Est-ce une ouverture à travers une contradiction à relever et à travailler pour les éditions à venir ?

Des réponses peuvent être apportées à travers le processus par lequel s'est fait l'élaboration de l'annexe en question, intitulée *Esquisse d'une formulation en fonction de la culture et glossaire des syndromes propres à une culture donnée* (28). Il est le résultat d'échanges répétés entre deux groupes de spécialistes anglo-saxons, l'un travaillant sur le thème «culture et diagnostic» sous l'égide du *National Institute of Mental Health* et l'autre constituant la *Task Force* chargée d'étudier la question de la culture par l'équipe rédactionnelle du DSM. Le premier faisait des propositions au second qui en retenait certaines jusqu'à ce qu'on en arrive au résultat final. Qu'est ce qui justifiait que l'on s'intéresse ainsi à cette question ? Les raisons suivantes sont avancées par Kirmayer (29) : le fait qu'un nombre croissant de patients ayant à faire avec la psychiatrie aux Etats-Unis étaient des immigrants non européens ayant un modèle autre de la maladie mentale ; le fait que de plus en plus de praticiens étaient eux-mêmes étrangers et les critiques provenant de l'étranger où le DSM était de plus en plus employé et dont l'utilisation ne se trouvait pas toujours facilitée par l'absence de directives précises concernant la prise en compte des particularités locales, régionales ou nationales dans l'expression de tel ou tel tableau. Le groupe de travail se lança dans une vaste réflexion concernant d'une part l'inclusion d'entités cliniques culturelles et d'autre part la stratégie générale pour une prise en compte de la culture dans la nosographie. Il élaborait un certain nombre de propositions dont une partie seulement fut

Tableau I - Glossaire des Culture-Bound Syndromes ou syndromes propres à une culture donnée, d'après le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IVth Edition (DSM IV).

| Culture-Bound Syndromes | Aire géographique | Principales manifestations |
|--|---------------------------------|--|
| <i>Amok</i> | Malaisie | Episode dissociatif où se succèdent apathie puis comportement violent. |
| <i>Ataque de nervios</i> | Caraïbes | Manifestations expressivo-émotives dans un contexte d'événement familial inattendu. |
| <i>Bilis/colera</i> | Caraïbes | Manifestations comportementales et somatiques liées à une colère réprimée. |
| Bouffée délirante | Afrique de l'ouest, Haïti | Agitation psychomotrice, confusion, hallucinations diverses. |
| <i>Brain fag</i> | Afrique de l'ouest | Difficulté de concentration, de mémoire, d'idéation touchant les étudiants. |
| <i>Dhat</i> | Inde | Anxiété et préoccupations hypocondriaques associées à la perte de sperme. |
| <i>Falling out/blacking out</i> | Antilles, sud des Etats-Unis | Malaise brutal avec chute et immobilité sans perte de connaissance. |
| <i>Ghost sickness</i> | Etats-Unis (amérindiens) | Anxiété liée à une préoccupation excessive par la mort et les défunts. |
| <i>Hwa-byung</i> | Corée | Symptômes anxieux attribués à la suppression de la colère. |
| <i>Koro</i> | Asie du sud-est | Anxiété liée à la crainte que les organes génitaux se rétractent dans le corps. |
| <i>Latah</i> | Malaisie, Indonésie | Réaction à une frayeur soudaine avec échopraxie et écholalie. |
| <i>Locura</i> | Caraïbes, Amérique latine | Forme sévère de psychose chronique. |
| <i>Mal de ojo</i> | Pays méditerranéens | Manifestations pédiatriques variées attribuées au « mauvais oeil ». |
| <i>Nervios</i> | Caraïbes, Amérique latine | Souffrance émotionnelle, symptômes somatiques et incapacité fonctionnelle. |
| <i>Pibloktoq</i> | Cercles arctique et antarctique | Episode dissociatif aigu avec agitation extrême. |
| Réaction psychotique de <i>qi-gong</i> | Chine | Manifestations psychotiques variées faisant suite à la pratique d'un sport traditionnel. |
| <i>Rootwork</i> | Antilles, sud des Etats-Unis | Symptômes variés attribués à la magie, la sorcellerie, l'influence d'un tiers. |
| <i>Sangue dormias</i> | Cap Vert | Douleur, engourdissements, tremblements, paralysie, convulsions. |
| <i>Shen'fing shuairo</i> | Chine | Fatigue physique et mentale et symptômes fonctionnels divers. |
| <i>Shen-k'vei</i> | Chine | Anxiété et plaintes somatiques attribuées à une perte angoissante de sperme. |
| <i>Shin-byung</i> | Corée | Anxiété et plaintes somatiques attribuées à une possession par des esprits ancestraux. |
| <i>Spell</i> | Antilles, sud des Etats-Unis | Etat de transe et communication avec les esprits ou les proches décédés. |
| <i>Susto</i> | Amérique centrale et du sud | Tension dans les contacts sociaux en rapport avec un événement effrayant. |
| <i>Taijin kyofusho</i> | Japon | Phobies en rapport avec le corps. |
| <i>Zar</i> | Afrique de l'est et du nord | Troubles du comportement en rapport avec un phénomène de possession. |

retenue. Comme Mezzich et Coll., tout ce qui venait bousculer le canevas habituel et remettre en cause trop radicalement l'option universaliste du manuel se trouva impitoyablement écarté (30).

Ainsi appurent dans le DSM IV un bref commentaire sur l'importance de la culture en psychiatrie au sein de l'introduction, quelques mentions au fil des catégories diagnostiques à proprement parler et l'annexe précédemment citée, reléguée en fin d'ouvrage, comprenant les recommandations concernant la formulation en fonction de la culture et le glossaire des CBS. Pour ce qui est de l'introduction, Hughes signale que la teneur de ce qu'on y trouve sous le titre « considérations ethniques et culturelles » est si indigent qu'on ne peut le considérer tout au plus que comme une manifestation de bonne volonté (31). Les définitions de termes comme « culture » et « ethnie », pourtant largement employés, n'y figurent même pas. Les recommandations insistent sur la nécessaire prise en compte du facteur culturel dans l'évaluation diagnostique multi-axiale. A ce titre, Kirmayer pense qu'elle aurait mérité de figurer dans l'introduction et pas dans les bas-fonds du manuel. Le clinicien est enjoint, à chaque étape de sa démarche, à bien repérer l'identité ethnoculturelle, linguistique et religieuse du patient, à rechercher ses théories explicatives de la maladie et de la guérison, à investiguer les particularités de son environnement psychosocial et des relations médecin-malade. Le terme « esquisse » sous lequel cette démarche est décrite laisse supposer qu'elle sera remaniée et précisée dans les versions futures de la classification américaine. Quant au glossaire (Tableau I), il ne peut ni se veut exhaustif. Il se limite à

25 tableaux dont Hughes précise qu'ils ont été choisis parmi les plus susceptibles d'être rencontrés aux Etats-Unis ce qui ne fait qu'insinuer l'idée qu'il s'agit de curiosités comparées aux très sérieuses et irréfutables catégories diagnostiques détaillées par ailleurs.

Les critiques formulées à l'encontre de cet ensemble élaboré dans la classification américaine portent sur plusieurs points et sont formulées par des praticiens qui ont été très souvent associés de près au processus dont nous venons de parler, au premier rang desquels Kirmayer et Hughes.

LES LIMITES DE L'APPROCHE NOSOGRAPHIQUE AMERICAINE

Premièrement, les recommandations au clinicien, destinées à compléter l'évaluation diagnostique multi-axiale, impliquent que celui-ci soit particulièrement à l'écoute des facteurs culturels, qu'il y fasse grande attention ce qui signifie nécessairement une formation en la matière qui est loin d'être la règle, sans parler d'une position et d'un engagement personnels sur lesquels il est difficile de faire l'impasse. Dans le même temps, peut-on attendre de chaque praticien qu'il ait les connaissances d'un expert concernant les mœurs, les coutumes et les systèmes de croyance qui contextualisent le fait psychique chez chacun des patients qu'il va être amené à rencontrer ? L'intention est bonne mais comment faire pour qu'elle ne demeure pas un vœu pieux dans nombre de cas de figure ? Par ailleurs, cette démarche doit-elle se limiter aux cas où il existe des différences ethniques évidentes ou bien au contraire s'étendre aux situations dans lesquelles le psy-

chiat et le patient, bien qu'évoluant dans le même bain culturel, ne partagent pas les mêmes déterminants sociaux, politiques, religieux, etc... ? Si la seconde option est retenue, alors à partir de quand se trouve-t-on en situation interculturelle ?

Deuxièmement, le glossaire des CBS met sur le même plan des choses très différentes. Comment placer sur un pied d'égalité la bouffée délirante que tout praticien francophone est sans doute bien étonné de trouver au milieu de cette liste et dont la définition dans le manuel est d'ailleurs hautement citable, avec certains tableaux relevant de croyances locales en la possession ? On peut ainsi lire qu'il s'agit d'un *syndrome observé en Afrique de l'ouest et à Haïti. Ce terme français fait référence à une explosion brutale d'un comportement agité et agressif, d'une confusion marquée, d'une agitation psychomotrice et est parfois accompagnée d'hallucinations visuelles et auditives ou d'idéation persécutrice. Ces épisodes peuvent ressembler à un épisode de trouble psychotique bref*. Est-ce à dire que la clinique des psychoses délirantes aiguës soit si différente des deux côtés de l'Atlantique ou bien n'est-ce pas l'exemple type du processus par lequel une question de vocabulaire (sous-tendu il est vrai par des positions théoriques différentes) peut faire de tout psychiatre élevé à une école différente de celle du DSM un tradithérapeute aux yeux de ses confrères américains ?

Troisièmement, il y a une contradiction majeure entre la définition qui est donnée de ce qu'est un CBS dans le manuel et ce que l'on peut lire à leur sujet dans le corps de l'ouvrage, et même quelques lignes après cette définition. Quelle est-elle ? *Le terme syndrome propre à la culture dénote la survenue de schémas de comportements aberrants et d'expériences perturbantes qui sont spécifiques d'une région et peuvent être liés ou non à une catégorie diagnostique particulière du DSM IV. Beaucoup de ces schémas sont considérés par les autochtones comme des maladies ou au moins des affections, et la plupart ont des noms locaux*. On trouve deux phrases plus loin : *Il existe rarement une équivalence univoque entre un syndrome lié à la culture et une entité diagnostique du DSM. Un comportement anormal pouvant être inclus dans une seule catégorie diagnostique traditionnelle pourrait être classé, par un clinicien utilisant le DSM IV, dans plusieurs catégories diagnostiques, et les tableaux cliniques pouvant être inclus dans une seule catégorie diagnostique par un clinicien utilisant le DSM IV pourraient être classés dans plusieurs catégories par un clinicien autochtone*. La frontière entre forme culturelle des maladies mentales et CBS ne semble donc pas très bien tracée.

Quatrièmement, le manuel a tendance à oublier que la culture, ce n'est pas uniquement chez les autres. Certes, on peut lire : *... Certains troubles et affections ont été considérés comme des syndromes propres à une culture donnée et, en l'occurrence, spécifiques de la culture industrialisée (par exemple anorexie mentale, trouble dissociatif de l'identité) du fait de leur apparente rareté ou de leur absence dans d'autres cultures*. Mais ce n'est pas pour autant que l'anorexie mentale apparaît dans le glossaire qui pourrait, si c'était le cas, devenir le manuel lui-même. Moro, dans un ouvrage récent, rappelle que nous nous préoccupons peu de

CBS tant que nous travaillons chez nous, *car les déterminants (de la pathologie) sont implicitement partagés par l'observateur et le patient... Cependant, à notre sens, nombre de syndromes pourraient être lus de cette façon, c'est-à-dire comme des entités liées à la culture, rendues cohérentes, organisées par la culture* (32). Et de citer les personnalités multiples aux Etats-Unis, les toxicomanies dans les pays occidentaux. *Il ne s'agit pas de syndromes créés de toutes pièces par la culture mais d'entités dont la logique est autorisée, voire contrainte par la culture. L'individu utilise ce canal sémantique commun pour traduire un désordre intime ou familial, pour l'exprimer, lui donner une forme*. Elle fait référence aux « modèles de normalité » et aux « modèles d'inconduite » de Linton propres à chaque culture, c'est à dire des « manières normales » d'être « normal » et « anormal ». La nosographie nord-américaine est très imprégnée de l'aire culturelle dans laquelle elle est née et s'est développée. Chassez l'ethnocentrisme, il reviendra au galop...

Devant tout cela, Guarnaccia et Rogler constatent que nous n'en savons pas encore suffisamment sur les tableaux rangés sous l'étiquette CBS et proposent, avant d'aller plus loin dans le processus classificatoire, de développer des programmes de recherche autour de quatre questions-clés (24).

- La première consiste à s'interroger sur la nature exacte de toute expérience susceptible d'être considérée comme un CBS. Il s'agit de se pencher sur la clinique au sens large, englobant le ressenti du patient et celui de ses proches, et sur la place qui lui est faite dans le groupe humain où elle s'exprime.

- Le deuxième aspect des choses concerne son enracinement dans le contexte social. C'est un abord plus épidémiologique qui consiste à chercher à identifier, avec le plus de précision possible, d'éventuels sous-groupes de population plus susceptibles de présenter le trouble.

- La troisième question porte sur la comorbidité. On ne cherche pas à savoir si le CBS en question est une manifestation psychiatrique mais uniquement s'il s'accompagne d'une autre affection et laquelle.

- Dans ce cas, quatrième point, il convient de déterminer quelle est leur séquence de survenue et comment elle s'inscrit dans l'histoire du patient. Selon Guarnaccia et Rogler, lorsque le CBS survient le premier, le risque individuel de développer un trouble psychiatrique augmente et lorsqu'ils surviennent concomitamment, chacun d'entre eux s'exprime de façon plus prononcée qu'à l'habitude.

CONSIDERATIONS EPISTEMOLOGIQUES

Il nous semble qu'il est difficile de faire l'impasse sur le discours anthropologique concernant la maladie mentale. Il a encore à nous apprendre et nous rappelle, selon Kleinman (33), trois choses importantes. Tout d'abord, le problème de la validité transculturelle des diagnostics psychiatriques doit recevoir la même attention que celui de leur fiabilité. Ensuite, le concept de culture, de quelque manière que ce soit, doit être un paramètre à prendre en

compte dans toute recherche. Enfin, l'analyse culturelle doit concerner toute forme d'appréhension de la maladie mentale, y compris les nosographies dites modernes elles-mêmes.

Revenons à l'écueil original : qu'est ce que la maladie en regard du groupe humain ? Ellenberger, bien qu'en retrait par rapport à cette assertion, cite Béguin : *On est fou par rapport à une société*. Si l'on s'en tient à cela, toute affection mentale est un CBS et l'on retombe sur les difficultés habituelles. Postulons que le champ de la psychiatrie doit se limiter à ce qui est considéré comme relevant du pathologique. Si le but est d'établir une classification universelle des maladies mentales, celle-ci ne doit concerner que des entités universellement considérées comme pathologiques. Doit être exclu des préoccupations ce que l'observateur étranger considère comme pathologique du fait d'une ressemblance avec quelque chose qu'il connaît mais qui est considéré comme normal par la population locale ou, *a contrario*, du fait d'une confrontation avec un comportement ou une expression de la souffrance qui lui paraît incompréhensible, mais aussi ce qui est considéré comme anormal par une population donnée mais normal partout ailleurs dans le monde. Cette logique de l'exclusion est aussi une façon de dire qu'il y a des situations dans lesquelles on ne peut pas trancher. C'est accepter qu'il y ait des limites hors desquelles nous ne savons pas ce qu'il en est du normal et du pathologique selon les points de vue sociologique et psychologique. Classer certes, mais accepter d'être modeste et accepter d'être imparfait, de ne pas pouvoir tout incorporer.

Les difficultés que nous avons explorées, dès lors qu'il est question de maladie mentale et de culture, nous semblent être paradigmatiques de bien des choses concernant la psychiatrie dans son ensemble. L'entreprise classificatoire liée à la démarche diagnostique, dès lors qu'elle concerne les troubles psychiques, par nature, ne peut pas être qu'objective. Elle porte nécessairement la marque des valeurs culturelles dans lesquelles elle se développe. Cela commence par les mots mêmes qu'elle choisit d'utiliser pour rendre compte de tel ou tel symptôme. Ils n'ont rien d'anodin, sont porteurs de sens qui ne peut être occulté. Comme le signalent Guile et Bibeau, bien qu'elle s'en défende, toute démarche nosologique répond à une logique sociale et politique qui vient déterminer ce sur quoi il est pertinent de s'interroger et bat ainsi en brèche l'illusion d'une science décontextualisée (34). C'est bien pour cela que les nosographies évoluent alors que nos connaissances progressent mais restent, malgré tout, d'origine empirique. C'est ainsi qu'au fil du temps dans un même système, certaines catégories diagnostiques disparaissent pour laisser la place à d'autres, plus conformes aux représentations sociales en cours de la maladie. Ce mouvement résulte de la dialectique entre $\square\square\square$ et $\square\square\square\square\square\square$ dans leur sens platonicien. Lanteri-Laura rappelle que la première (l'opinion publique éclairée) précède toujours la seconde (le discours scientifique supposé vrai) et que c'est là que s'origine le discours psychiatrique, quels que soient l'époque et l'endroit où il s'énonce (35). De cela, il ne peut être dupe : il constitue un engagement et non un exposé de faits.

CONCLUSION

La vie psychique a ses propriétés propres. Elle porte en elle la marque de « l'humaine condition ». Prise dans les systèmes symboliques au sens de Lévi-Strauss, elle ne saurait être dissociée des dimensions sociales et culturelles dans lesquelles baigne tout être humain, avant même sa naissance. Les représentations et théories de la psyché ont longtemps pris racine dans le sacré et le religieux avant que ne s'opère une rupture épistémologique au Siècle des Lumières. L'avènement des sciences, en particulier expérimentales, a modifié la façon de penser les phénomènes humains, revus à l'aune de l'observation supposée rationnelle et objective. La pensée médicale s'est développée sur ce socle. La psychiatrie, discipline dévolue aux troubles mentaux, occupe une place à part en ce que, jusqu'à ce jour, elle n'a cessé de se questionner et de remettre en cause le modèle scientifique du savoir médical. Avec le corpus théorique freudien d'une part, le développement de l'anthropologie médicale d'autre part, d'autres références sont venues battre en brèche la réduction de la vie psychique humaine à de simples mécanismes.

Aujourd'hui, avec le développement des neurosciences, nous assistons à un retour du scientisme où le doute est suspect et n'a plus place. Il reste que la façon de se représenter et donc de corriger les dysfonctionnements mentaux est en soi un phénomène culturel variable dans le temps et dans l'espace. À la lumière de ces considérations, il nous apparaît que le problème des CBS est plus celui des rapports qu'entretiennent, d'une façon générale, les perspectives éthiques et émiques, que celui de la nécessité ou pas d'ajouter une classe à la nosographie américaine du fait de sa prétention internationale. Celle-ci n'est-elle pas elle-même culturellement déterminée, ce en quoi sa validité temporelle et spatiale est appelée à faire long feu ?

REFERENCES

- 1 - ELLENBERGER H.F. - Ethnopsychiatrie. *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie*. Editions Techniques ed., Paris, 1965, 14 p.
- 2 - JILEK W.G. - Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1995; **245** : 231-238.
- 3 - CHANOIT P.F., LERMUZEUX C. - Sociogénèse des troubles mentaux. *Encycl. Med. Chir. Psychiatrie*. Elsevier ed., Paris, 1995, 7 p.
- 4 - CORIN E. - Playing with limits : Tobie Nathan's evolving paradigm in ethnopsychiatry. *Transcultural Psychiatry* 1997; **34** : 345-358.
- 5 - KARP I. - Deconstructing culture-bound syndromes. *Soc. Sci. Med.* 1985; **21** : 221-228.
- 6 - PRINCE R., TCHENG-LAROCHE F. - Culture-bound syndromes and international disease classifications. *Cult. Med. Psychiatry* 1987; **11** : 3-52.
- 7 - LOW S.M. - Culturally interpreted symptoms or culture-bound syndromes : a cross-cultural review of nerves. *Soc. Sci. Med.* 1985; **21** : 187-196.
- 8 - PFEIFFER W.M. - Transkulturelle Psychiatrie. Ergebnisse und Probleme. Georg Thieme Verlag ed., Stuttgart, 1994, 252 p.
- 9 - ELLENBERGER H.F., Ethnopsychiatrie (suite). *Encycl. Med. Chir., Psychiatrie*. Editions Techniques ed., Paris, 1965, 22 p.