

Le diagnostic, une voie vers une narration clinique collective

Vanni Della Giustina,
psychologue social, travailleur
collectif au centre de santé
Bautista van Schowen.

MOTS CLEFS: santé mentale,
pluridisciplinarité, organisation
des soins, dossier médical.

Trouver un langage commun aux questions de santé mentale: une question ancienne et inépuisable... qui prend des accents particuliers dans une équipe pluridisciplinaire souhaitant que le langage se mette au service de l'approche globale, intégrée, continue, propre aux soins de première ligne. Pour ouvrir de nouvelles pistes, Vanni Della Giustina revisite d'une manière originale le concept de diagnostic et l'usage du dossier informatisé.

Reconnaître et discerner

Comment sortir des langages des myriades de chapeaux, écoles, pour tenter de construire une narration clinique qui tende à être partagée par les diverses disciplines collaborant en première ligne? Puis-je à la fois me référer à un courant théorico-clinique, - par exemple, dans mon cas, la psychanalyse d'orientation lacanienne - et parler un idiome généraliste lorsque j'échange avec mes collègues de la première ligne ou avec le patient lui-même?

Diagnostic, du grec *Diagnôskein*: reconnaître à travers, discerner.

Comment n'y avais-je pas pensé plus tôt? Comment se fait-il que durant 30 années de clinique psychosociale, je n'aie pas plus tôt utilisé cet outil dans la construction collective, plurielle de narrations cliniques et de plans d'accompagnements transdisciplinaires?

Il est probable que cela est induit par la multiplicité des grilles diagnostiques qui ont cours dans l'univers des 'psys', chacune de ces grilles étant rattachée à la spécificité de l'approche propre à chaque école de pensée...

Par exemple, et sans prétendre à l'exhaustivité concernant les diverses écoles que je cite, on a bien connu les classifications propres à l'analyse transactionnelle: victime, sauveur, persécuteur. Ce ne sont pas là des diagnostics à proprement parler mais des façons de catégoriser des modalités relationnelles. Le mode d'intervention du soignant formé à cet outil pourra se construire en se centrant sur ces modalités transactionnelles.

Autre exemple, l'analyse bioénergétique, - approche dérivée de la psychanalyse et développant une médiation corporelle -, rencontrera les personnes non pas en termes de problèmes de santé mais en terme de structures caractérielles qui s'inscrivent à la fois sur le corps et dans les modalités de rencontre avec l'autre.

Le psychanalyste, quant à lui, ne va pas se focaliser sur la symptomatologie présentée mais plutôt sur la structure psychique dont elle est la manifestation, et qui construit également une modalité de la relation à l'autre que l'analysant mettra en scène au travers du transfert.

Le systémicien, pour sa part, approche et intervient dans les diverses situations au travers des systèmes qu'il identifie et auxquels participent les patients. Il conçoit les symptômes comme manifestations d'un fonctionnement systémique.

Le psychiatre, du moins comme nous le percevons de notre première ligne des soins de santé va utiliser son expertise clinique pour établir un diagnostic psychopathologique et déterminer un traitement.

1. «La «filosofia» della diagnosi psichiatrica» [«La "philosophie" du diagnostic psychiatrique»], in revue *Aut Aut, La diagnosi in psichiatria, (sous la dir. de Mario Colucci) n°357*, janvier-mars 2013, Ed. Il Saggiatore, pp.77-98. Traduit de l'italien par Vanni Della Giustina. Sur cet argument de l'approche épistémologique du diagnostic en psychiatrie, lire aussi le magnifique ouvrage, plein d'enseignement au-delà des prises de positions pauvrement partisanes, de Steeves Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque, 2013.

Paolo Migone¹ décrit deux catégories de psychopathologies: l'une est descriptive, c'est celle qui repose sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM, voir encart en fin d'article) et sur la Classification internationale des maladies (CIM, décrite ci-dessous); l'autre est structurale (la psychanalyse mais aussi la psychiatrie biologique) supposant des structures sous-jacentes aux symptômes.

[...] même si en apparence, chaque méthode diagnostique « construit » un patient différent, en réalité, elle ne produit qu'un « objet scientifique » différent, un objet idéal qui est différent des « objets scientifiques » produits par d'autres méthodes diagnostiques. Le patient est toujours le même [...] mais peut devenir objet de méthodes diagnostiques différentes; dès lors, un patient en chair et en os se transforme en un « faisceau » de bonshommes scientifiques potentiellement infinis. Par exemple, le fait qu'on propose une nouvelle méthodologie diagnostique ne signifie pas qu'on ait découvert un patient jamais vu auparavant; cela signifie seulement qu'on a identifié un nouveau « point de vue » sur le même patient ; dès lors que par définition, la réalité est toujours inconnaissable en tant que telle, nous ne pouvons la connaître qu'à travers les « yeux/lunettes » que nous avons, c'est-à-dire les outils diagnostiques que nous utilisons. J'ajouterais que non seulement il devra toujours rester une pluralité de méthodes diagnostiques, mais aussi que c'est un bien, parce que si nous n'avions qu'une seule méthode, voire même reconnue comme « vraie », s'arrêterait ainsi le processus de la connaissance ; nous aurions l'illusion de connaître la « réalité »².

Le risque, dans une équipe pluridisciplinaire aux prises avec la rencontre en santé mentale, c'est que chaque soignant soit perçu par ses collègues comme travaillant avec un patient différent du leur, même si repris sous le même numéro de dossier. Nous nous trouvons souvent en une sorte de tour de Babel où les différents soignants se parlent des langues différentes rendant leur communication pour le moins problématique, d'autant plus si l'équipe a choisi un fonctionnement non hiérarchique.

CISP et CIM: des outils pour la première ligne

Mon propos n'est pas d'entamer une discussion approfondie sur les aspects techniques développés et rendus possibles par les outils évoqués ici, mais de façon plus pragmatique, d'examiner l'état actuel de ma mise en œuvre, et de l'utilisation de cette approche dans un souci d'améliorer la collaboration inter et transdisciplinaire, en partant de ma position d'intervenant psychosocial.

2. Paolo Migone, *Ibid.*, p. 14.

La Classification internationale des soins primaires (CISP-2 [deuxième version]) ne permet pas, à elle seule, d'organiser la pensée classificatoire de la clinique en santé mentale: « *La richesse de la médecine au niveau du patient rend nécessaire une nomenclature et un thesaurus beaucoup plus extensifs que la CISP, particulièrement pour l'enregistrement des détails spécifiques requis dans le dossier du patient. L'utilisation de la CISP, conjointement à la CIM 10 [...], peut fournir les bases de nomenclature et de thesaurus adéquates*³ ».

Nous nous trouvons souvent en une sorte de tour de Babel où les différents soignants se parlent des langues différentes.

La Classification internationale des maladies CIM 10 (dixième révision)⁴ est une classification médicale codifiée classifiant les maladies et une très vaste variété de signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales et causes externes de blessures ou de maladies. Cette classification est publiée par l'Organisation mondiale de la santé et elle est mondialement utilisée pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant le domaine de la médecine.

La CISP-2 et la CIM-10 sont complémentaires (voir encart page suivante); elles peuvent être utilisées de manière conjointe grâce à un transcodage (un système de conversion, en quelque sorte une « traduction »). Chaque rubrique offre un code en trois caractères, un titre assez court et les rubriques CIM-10 correspondantes. Les codes correspondants de la CIM-10 sont repris à chaque rubrique des composants 1 et 7. Parfois le transcodage est exact, un pour un, mais plus souvent il y a plusieurs codes CIM-10 pour une rubrique CISP-2. Parfois, il y a plusieurs codes CISP-2 pour une seule rubrique CIM-10.

Dans leur ouvrage cité ci-dessus³, les auteurs soulignent que certains malentendus quant à la CISP-2 doivent

3. Marc Jamouille, Michel Roland, Jacques Humbert, Jean François Brûlet (Eds), *Traitement de l'information médicale par la Classification internationale des soins primaires 2^{ème} version (CISP-2)*, assorti d'un glossaire de médecine générale, préparé par le Comité International de Classification de la WONCA, Care Editions, Bruxelles, 2000 (version informatique téléchargeable), p. 13.

4. Appellation exacte: Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.



de la CISP à la CIM : un exemple de transcodage

Code P74..... TROUBLE ANXIEUX / ETAT ANXIEUX.....
Codes CIM-10 :..... F41.0,F41.1,F41.3 to F41.9
incl: névrose d'angoisse, trouble panique
excl: dépression anxieuse P76, anxiété NCA P01
critère: anxiété cliniquement significative non spécifique d'une situation particulière. Elle se manifeste par un trouble panique (attaques récurrentes d'anxiété sévère non spécifique, avec ou sans symptômes physiques) ou par une anxiété généralisée et persistante non spécifique avec des symptômes physiques variables.
considérer: se sentir anxieux, nerveux, tendu P01

être évités: «Il est important que le lecteur comprenne clairement ce que ces définitions ne proposent pas. Il ne peut s'agir d'un guide de diagnostic. L'objectif premier de la classification est de diminuer les probabilités d'erreur de codage après que le diagnostic ait été posé et non d'éliminer la possibilité d'erreur de diagnostic. On assume que l'utilisateur aura posé son diagnostic différentiel avant de procéder au codage. Dans la plupart des cas d'une pratique de qualité, on aura besoin de bien plus d'informations que celles fournies par les critères d'inclusion pour faire un diagnostic précis»⁵.

Le chapitre V de la CIM-10 traitant des troubles mentaux et du comportement a fait l'objet d'une publication spécifique, appelée *Livre bleu*⁶, à l'usage de la pratique clinique quotidienne. Cet outil m'est devenu précieux dans le travail de psychologue social de première ligne que je développe dans le présent article⁷.

5. Ibid. p. 35.

6. OMS, *CIM 10/ICD 10. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*, Masson 2000.

7. Un autre ouvrage, qui intéressera les utilisateurs du désormais "moribond" DSM (lire le beau travail de Steeves Demazeux, cité en note 1) est le *DSM IV. Soins Primaires (voir encart)*. On y trouvera une transposition des diagnostics DSM IV en leurs équivalents de la CIM-10.

9. À noter que dans le Dossier santé informatisé on ne parle pas spécifiquement de diagnostic mais d'épisode de soin (ES). Il serait trop long de développer ici cette particularité, explicitée dans l'article de Michel Roland (voir note 3).

Le Dossier santé informatisé rend possible et accessible l'utilisation de la grille CIM-10 via le transcodage ; c'est par la pratique d'encodage que je repère actuellement en équipe ma pratique clinique en la synthétisant grâce aux approches relativement nuancées que je trouve dans le *Livre bleu* de la CIM-10 (voir encart page suivante). Je la confronte ainsi régulièrement aux diagnostics⁹ proposés par mes collègues d'autres disciplines ; je travaille ainsi depuis pas mal de temps à la construction de cette narration clinique au travers d'un langage commun qui puisse davantage organiser notre démarche collective et transdisciplinaire de prise en compte des plaintes, besoins et demandes des patients en matière de santé mentale.

P72 ou P78 ? L'histoire de Célestine

Une petite vignette clinique pourra sans doute mieux éclairer mon propos. Je signale d'emblée que je n'évoquerai pas le travail clinique proprement dit avec la patiente mais simplement, et dans l'optique de cet article, la discussion autour de la notion de diagnostic qui me semble déjà suffisamment complexe.

Au bord du gouffre...

Dernièrement, à la fin du mois de septembre, une jeune femme de 25 ans, Célestine [nom d'emprunt], s'est inscrite à la maison médicale après avoir été hospitalisée durant huit semaines (elle est sortie à la mi-août) dans un service psychiatrique suite à une crise aigüe ; elle hallucinait des démons et entendait des voix qui lui disaient d'en finir avec la vie.

Elle est rencontrée la première fois à la maison médicale par un médecin qui rapporte tout de suite la

Les Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic (*Livre bleu*)

Les descriptions cliniques exposent les signes et les symptômes essentiels de chaque trouble, ainsi que certaines caractéristiques associées importantes mais moins spécifiques. Les directives pour le diagnostic précisent les éléments habituellement requis pour un diagnostic de certitude: nombre de symptômes, importance relative de chaque symptôme, durée des manifestations pathologiques. Pour de nombreux troubles, ces descriptions et directives sont complétées par des indications concernant le diagnostic différentiel, ainsi que par certains termes d'inclusion ou d'exclusion. Un index alphabétique détaillé et une annexe répertoriant les affections classées dans d'autres chapitres de la CIM-10, mais souvent associées à des troubles mentaux et des troubles du comportement, complètent cet ouvrage. Le livre bleu est l'aboutissement d'un travail considérable auquel ont contribué de nombreux experts de plus de 40 pays. Il a fait l'objet de l'une des plus importantes études sur le terrain jamais réalisées dans le domaine du diagnostic psychiatrique et possède de ce fait un caractère international unique⁸.

8. OMS, CIM 10/ICD 10. Chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, (*le livre bleu*) Masson 2000, 4^{ème} de couverture.

situation avec une relative inquiétude, lors d'une réunion d'équipe, après un coup de fil passé au psychiatre de l'hôpital.

Nous n'aurons pas de rapport du psychiatre avant début novembre, situation on ne peut plus courante – dans le meilleurs des cas. Ce psychiatre, aussitôt (et non sans mal) contacté par le médecin, semble déclarer qu'un suivi n'est pas spécialement nécessaire car il s'agit d'une seule «*crise inaugurale*»; mais il reste bien sûr disponible...

Lors de notre réunion d'équipe, cette position suscite l'incompréhension voire la colère d'une équipe par ailleurs entraînée à l'importance de la continuité des

soins. Le médecin traitant, tout à fait logiquement, encode P72 psychose-schizophrénie, et ajoute: «*crise psychotique aiguë, hospitalisation psychiatrique*», se proposant de m'adresser ensuite la patiente, qui n'y est pas opposée.

Je laisse le lecteur imaginer l'impact stigmatisant - avec risques de chronicisation - de tels signifiants sur le soignant qui assurera un suivi de cette patiente. Encore plus si le soignant pratique en isolé. Sans parler de l'impact sur la patiente... En 2015, la folie reste un univers perçu comme étrange, inquiétant, qui fait peur à beaucoup de monde, y compris dans le monde des soignants. Cette incompréhension¹⁰ est bien souvent à l'origine d'une exclusion symbolique extrêmement durable, insidieusement décrétée par le monde des soi-disant bien-portants.

Après la réunion où s'était manifestée une grande charge émotionnelle, je rencontre le médecin et discute l'idée qu'on pourrait peut-être tenter d'entendre et d'interpréter l'attitude du psychiatre - position qu'on pourrait considérer, à juste titre d'ailleurs, comme non stigmatisante et dédramatisante. Mon expérience clinique m'enseigne en effet que toute bouffée délirante ne signe de toute évidence pas obligatoirement la psychose.

C'est ainsi que je rencontre la patiente début octobre avec sa demi-sœur qui l'héberge.

Où es-tu Célestine ?

Je suis d'emblée frappé par un contact avec Célestine privé des signes habituels de la psychose, tels les bizarreries, les retraits, la froideur, la méfiance, l'étrangeté, etc. La patiente manifeste au contraire une présence dans le contact et une problématique relevant globalement de conflits d'ordre névrotique.

Si j'avais réagi sur un mode «*paramédical*», m'abstenant de me prononcer quant au diagnostic, j'aurais pu inscrire mon contact en le plaçant dans l'épisode de soins ouvert par le collègue médecin relatif au diagnostic que l'on sait.

Sans doute que, par le passé, avec l'utilisation du dossier santé papier, j'aurais aussi pu éviter de me prononcer et simplement inscrire mes commentaires dans le

10. «*Ce n'est pas notre boulot*», «*On n'est pas formés*», ... sont des réflexions que l'on entend très souvent.

«journalier»¹¹ pour ensuite rencontrer le médecin et lui faire part de l'évolution de mon élaboration clinique, pensée indépendamment de la sienne.

La logique du travail avec le Dossier santé informatisé, qui n'a de sens que si on élabore la teneur du contact en la reliant à un épisode de soins¹², m'a empêché d'inscrire cette première rencontre sous le signifiant de P72 *Psychose-schizophrénie*¹³. Les données avec lesquelles j'ai ce jour-là travaillé relevaient bien plus du répertoire de symptômes de surmenage provoqués par des faits historiques et actuels : traumatismes de l'enfance, crise de couple et séparation très difficile, stress professionnel, début d'une nouvelle relation affective qui s'établit dans la méfiance de l'entourage, etc.

Jugement suspendu : l'ouverture

Je me suis dès lors rabattu sur le diagnostic P78 Surmenage - Probl Psycho pensant, comme la belle-sœur, à la crise comme conséquences d'un burn-out de la patiente. Je me suis par la suite rendu compte de ma méprise car le P78 de la CISP ne renvoie qu'au F48.0 de la CIM, celui de la neurasthénie qui exclut le burn-out et donne des directives précises de diagnostic qui ne peuvent convenir aux problématiques exprimées par la patiente. Le surmenage auquel je pensais relève plus d'un nouage de symptômes tel que celui qui est pris en compte par le P29 là où le codage de la CIM, Z73.0 repère précisément le burn-out dans le chapitre consacré aux difficultés liées à l'orientation de son mode de vie. Bravo et merci, le *Livre bleu*!

Il est intéressant de noter que d'une certaine façon, la schize, la coupure, la disjonction apparaît entre les soignants, l'un travaillant sur la schizophrénie P72, l'autre sur le surmenage P29, sans d'ailleurs que cela ne fasse conflit entre eux; cela laisse simplement la question ouverte, permet de maintenir la «*suspension du jugement*» chère au courant basaglien¹⁴. On verra plus loin que l'on pourrait ouvrir ce même processus de schize en perspective dans la relation avec le psychiatre.

11. Journal des notes inscrites lors de chaque contact avec le patient.

12. Cf. note 7.

13. Il est vrai que j'avais aussi gardé en mémoire, la «légèreté» ou la prudence diagnostique du psychiatre.

14. Le courant basaglien est abordé dans d'autres articles de ce dossier. Voir aussi l'article de Mathilde Goanec, «Fous à délier. En Italie, le soin psychiatrique autrement», *Le Monde Diplomatique*, janvier 2015, p.16.

15. OMS, CIM 10/ICD 10. Chapitre V (F), *Ibid.* p. 91.

Pourtant, c'est ce même *Livre bleu* qui va me proposer une conciliation. Dans la section traitant des schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants, on trouve en F23.0 le «*Trouble psychotique aigu et transitoire sans symptômes schizophréniques*»¹⁵.

C'est aussi dans ce chapitre F23 du *Livre bleu* qu'il est notamment fait allusion à ce qu'un début aigu semble constituer un facteur de bon pronostic qui serait même d'autant plus favorable que le début est plus aigu comme cela est bien le cas pour Célestine.

Après échanges et avec l'accord du médecin, j'en viens dès lors à changer le premier diagnostic P72 en (dénomination complète encodée dans le DSI de la patiente) P98 : *Trouble psychotique aigu polymorphe, (sans symptômes schizophréniques), (CIM F23.0) hospici psychiatrique*.

Si cette discussion m'est évidemment importante pour élaborer mes séances bimensuelles avec la patiente, il restait pour le médecin à devoir se situer quant au traitement antipsychotique à poursuivre. Les seules indications apportées par le psychiatre lors du contact téléphonique et rapportées avec insistance par la patiente, préconisaient un traitement poursuivi durant deux ans.

Cette position arrêtée me parut à discuter vu mes lectures complémentaires et vu aussi les effets secondaires durables manifestement inconfortables ressentis par la patiente.

Entre autres documents examinés qui concordent leurs avis et perspectives et parlent effectivement tous d'un traitement antipsychotique d'une durée de deux ans, le plus ouvrant en terme de perspectives m'a paru être «Le livre de l'interne – psychiatrie¹⁶» qui traite des Troubles psychotiques aigus correspond à la catégorie F23 de la CIM et autrefois (depuis la fin du XIX^{ème} siècle) appelés 'bouffées délirantes aiguës'.

«*Evolution du traitement: en cas d'obtention d'une rémission symptomatique (après 3 à 6 semaines de traitement), le traitement neuroleptique est poursuivi pendant 6 mois à un an, en diminuant très progressivement la posologie. [...]*

L'association d'une aide psychothérapeutique au traitement antipsychotique a montré une efficacité supérieure à la monothérapie antipsychotique. Cela ne saurait être une surprise! Ces patients souvent jeunes, pour la première

16. Jean-Pierre Olié, Thierry Gallarda, Edwige Duaux, *Le Livre de l'interne – Psychiatrie, 2e édition*, Paris, Médecine Sciences Publications Lavoisier, 2012, 496 p.

fois confrontés à un tel cataclysme et au milieu psychiatrique ont un évident besoin de soutien psychologique et d'espace de communication avec leurs interlocuteurs soignants».

C'est alors que, début novembre, nous parvint finalement le diagnostic du service psychiatrique avec les conclusions suivantes: « *Episode psychotique bref inaugural avec agitation psychomotrice, hallucinations auditives et visuelles, idées délirantes de persécution. Rémission complète de la symptomatologie. Projet de prise en charge à la sortie: Retour à domicile; Traitement neuroleptique à suivre pour une longue durée (en principe deux ans)* ».

En apparence, il n'y a pas de contradiction avec la discussion qui précède, et c'est heureux, sauf si l'on s'arrête sur le qualificatif inaugural qui dans son sens courant signifie ce qui débute mais qui pourrait aussi indiquer qu'il s'agit d'une entrée en « matière »... On y retrouve donc de nouveau le risque de chronicisation du jugement.

Le projet de prise en charge n'envisage que le traitement médicamenteux et on comprend dès lors que le psychiatre prenne des précautions, d'autant qu'il n'a pas expressément prévu un suivi de sa part.

DSM IV. Soins de santé primaires

Les troubles mentaux sont le plus souvent détectés initialement par le médecin généraliste et l'évolution des systèmes de santé devrait rendre cette pratique encore plus fréquente à l'avenir. Tout praticien doit donc être en mesure de formuler rapidement un diagnostic psychiatrique et un projet thérapeutique. Cet ouvrage permet au praticien d'aborder facilement toutes les ressources du DSM-IV et d'établir un diagnostic compatible avec cette classification ou avec la CIM-10/ICD-10... Les différents troubles ont été réunis en quatre grands ensembles : les tableaux cliniques observés en pratique courante présentés sous forme d'algorithme (humeur dépressive, anxiété, troubles du sommeil, dysfonctions sexuelles, anomalies des conduites alimentaires, etc.); les troubles psychosociaux; les autres troubles mentaux tels que les symptômes maniaques, les symptômes dissociatifs, les mouvements anormaux; enfin les troubles diagnostiqués au cours de l'enfance et de l'adolescence (troubles liés aux apprentissages scolaires, aux conduites alimentaires, à des problèmes de communication, etc.). Des annexes donnent les catégories diagnostiques avec les codes de l'ICD-10 et du DSM-IV. Outil de travail courant pour les médecins généralistes, cette version ' Soins primaires ' est aussi un remarquable ouvrage d'enseignement pour les étudiants des deuxième et troisième cycles ou les internes qui y trouveront à la fois des rappels cliniques et les données sémiologiques.

(*American Psychiatric Association*, éditeur ELSEVIER / MASSON, année 2008).

Conclusion : vers une narration clinique collective

Dans la perspective des soins globaux, continus et intégrés que nous poursuivons en maisons médicales, le retour de la patiente ne se pense évidemment pas uniquement en terme de retour à domicile mais bien plus en termes de retour dans ses milieux de vie avec tout ce que cela suppose de retissage et de soutiens des liens sociaux à long terme.

Dans cette perspective, il me paraît avoir démontré que la discussion diagnostique à l'aide d'un langage clinique collectif et partagé permet d'ouvrir un dialogue transdisciplinaire. Dans la situation présentée ici, ce dialogue pourrait s'ouvrir en une discussion à plusieurs: le médecin traitant, le psychiatre, le psychologue social de première ligne et, bien sûr, la patiente, son entourage et ses différents milieux de vie auxquels il nous est essentiel de donner une place dans la construction d'une narration collective incluant le patient et sa problématique.

Dans un séminaire sur l'ouvrage d'Ivan Illich, *La Convivialité*, Ghislaine Garmilis¹⁸ nous propose une réflexion transposable à la question du diagnostic pensé comme outil de la clinique en santé mentale: «*C'est la perversion de l'outil qui est à l'origine de la crise actuelle. On a voulu se servir de l'outil pour remplacer l'esclave, mais c'est l'esclavage de l'homme par l'outil qui s'est réellement produit. On est passé d'une relation de l'homme à l'outil à une relation de l'outil à l'homme. Dans cette situation, l'homme doit adapter son rythme de vie à l'outil. Pour contrer l'avènement de la crise de la société industrielle, il faut revoir les fondements de la relation de l'homme à l'outil en profondeur. Il est nécessaire de concevoir une société constituée d'outils justes (...). L'outil juste répond à trois exigences: il est générateur d'efficience sans dégrader l'autonomie personnelle, il ne suscite ni esclaves ni maîtres, il élargit le rayon d'action personnelle*»¹⁹.

Une société dotée d'outils justes et efficaces est conviviale car elle permet la réalisation de la liberté individuelle par la créativité, le don spontané et le retour à des valeurs éthiques. ■

Pour contrer l'avènement de la crise de la société industrielle, il faut revoir les fondements de la relation de l'homme à l'outil en profondeur.

18. Ghislaine Garmilis, *La Convivialité*, Ivan Illich, DEA 124 – Année 2002-2003 (téléchargeable sur Internet).

19. Ivan Illich, *la convivialité*, Edition du seuil, 1973, p.27.