

Pour un essai de synthèse des critiques récentes du DSM en France et dans les pays anglo-saxons.

La 5^e version du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) est parue en mai 2013 sous l'égide de l'APA (American Psychiatric Association) qui est à l'origine de cette classification des maladies mentales maintenant vieille de 61 ans. Les révisions et éditions successives de ce manuel n'avaient jamais provoqué, et ce, dès avant sa parution, autant de critiques et de polémiques dans le monde «psy», critiques et polémiques largement relayées par les médias.

Avant d'aborder ces critiques dans ce qu'elles ont de plus actuel, un bref rappel de ce qu'est le DSM.

Le DSM et le chapitre traitant des maladies mentales de la CIM (Classification Internationale des Maladies) établie par l'OMS sont actuellement les deux classifications mondiales de référence.

Ces classifications ont à l'origine pour but de donner un langage commun pour mieux communiquer, aux professionnels de la psychiatrie et en ce qui concerne le DSM né au USA, de permettre aux psychiatres américains d'obtenir pour leur patients de meilleures prises en charge des traitements par les assurances.

Les deux premières versions de ce Manuel (1952 et 1968) font état d'une causalité à la fois organique et psychique de la maladie mentale et gardent la bipartition classique entre névroses et psychoses.

Les pathologies y sont définies par la description de patients-types (descriptions prototypiques).

La troisième version (DSM III) de 1980 crée une rupture avec les éditions précédentes.

Pour certains analystes les raisons en seraient politiques et sociales: notamment les pressions du puissant lobbying de la VA (Vétérans Association), regroupant les vétérans de la guerre du Vietnam qui voulaient faire reconnaître le Syndrome Post Traumatique dans une revendication victimaire. Mais c'est aussi l'époque de la montée en puissance des théories comportementalistes et des thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

Le DSM III a deux objectifs scientifiques:

- adopter une classification critériologique pour une meilleure fidélité inter-juges, les descriptions prototypiques étant considérées peu fiables. Les critères sont établis de façon la plus consensuelle possible sous forme de «votes» d'experts.
- adopter une position athéorique, les hypothèses psychanalytiques étant considérées par l'APA comme non scientifiques.

Les maladies ne seront donc définies que par leur symptômes caractéristiques, ce qui entraîne une inflation du nombre des troubles et ce, avec l'espoir que la recherche en psychiatrie biologique permettra de trouver des marqueurs biologiques et par conséquent de nouveaux médicaments psychotropes.

C'est ainsi que la catégorie des névroses disparaît et se dilue dans les troubles dépressifs, anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs (les fameux TOC), et les troubles dissociatifs qui vont faire disparaître le mot même d'hystérie.

Le DSM IV (1994) et sa version révisée (2000) n'apporteront pas de changement majeur.

La dernière version, le DSM5 qui vient de paraître devait apporter de grands bouleversements. Cela ne s'est pas produit du fait de l'absence de consensus entre les différents acteurs du projet: c'est ainsi que finalement n'a pas été retenue la catégorie «des syndromes de risque» et notamment de «risque psychotique» qui aurait légitimé la prescription d'antipsychotiques chez l'adolescent devant des symptomatologies atypiques.

Comme cela est dit plus haut, cette version a été à l'origine de nombreuses critiques et parfois pour des raisons totalement opposées selon les aires socio-culturelles d'où elles proviennent. C'est pour cela que seront exposées séparément les critiques françaises et les critiques anglo-saxonnes.

En France, la classification officielle utilisée par les professionnels de la psychiatrie est la CIM10. Même si la CIM10 est très proche du DSM IV, une partie de ces professionnels en majorité partisans d'une approche psycho-dynamique des troubles mentaux, ont montré une certaine réticence vis à vis du DSM, si ce n'est une franche hostilité.

Les pédo-psychiatres ont ainsi élaboré sous l'impulsion du Professeur MISES leur propre classification: la CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) qu'ils ont essayé de défendre contre l'hégémonie du DSM.

Le milieu universitaire a, quand à lui, été plus réceptif au DSM, dans la mesure où leur besoin de publications passait obligatoirement par des revues scientifiques anglo-saxonnes ne reconnaissant que les travaux utilisant le DSM.

Quelles sont ces critiques française du DSM?

En 2011, Gerard POMMIER, psychiatre et psychanalyste, écrit un article paru dans le journal Le Monde Diplomatique du 27/04/2013: «La bible américaine de la santé mentale» dans lequel il dénonce l'absence de scientificité du DSM, liste de symptômes baptisés troubles sans tenir compte de ce qui les détermine, ce qui ne se voit pas même en médecine somatique, et ne donnant de la souffrance psychique que des clichés superficiels.

Il y dénonce aussi:

- l'inflation des troubles,
- la création de troubles fourre-tout: «troubles du comportement», «dépression», «hyperactivité»...
- la disparition de la perversion et son remplacement par «les troubles de l'hypersexualité» et «le trouble paraphilique coercitif», la disparition de l'hystérie et des névroses,
- la création d'«un syndrome de risque» autorisant des traitements préventifs, dont on a dit plus haut qu'il n'avait finalement pas été inclus dans la dernière version,
- une fausse a-théoricité: la négation de la causalité psychique impliquant de fait une causalité organique,
- une méthodologie se basant sur un vote d'opinions d'experts psychiatres (le consensus) choisis arbitrairement et non sur la base d'observations cliniques.

En fait ce sont les normes culturelles et morales américaines qui auraient servi de référence en étant imposées comme pensée unique, par les compagnies d'assurances, l'industrie pharmaceutique et l'Université où la causalité psychique est écartée comme subjective et non scientifique.

Cette catégorisation des troubles mentaux et cette pensée unique a, selon lui, des conséquences cliniques, sanitaires et économiques dommageable:

- formatage des futurs cliniciens,
- prescriptions médicamenteuses aboutissant à des addictions contre-productives,

- coûts pour les systèmes de santé des états: les traitements privilégiant la relation intersubjective paraissant plus chers à court terme, sont plus économes à long terme. En dénonçant, en passant, les conflits d'intérêt entre les experts et l'industrie pharmaceutique, Gérard POMMIER inscrit la conception des troubles mentaux selon le DSM dans le cadre plus vaste d'un formatage néo-libéral de l'humain qu'il lie à la suite de Max WEBER à une culture protestante opposant les damnés et les élus: «C'est désormais entre les rares élus qui échapperont aux prédictions du DSM et une masse humaine en souffrance qu'une ségrégation s'imposera. (...) Vous vous plaignez! Soignez-vous!».

Toutes ces critiques seront reprises dans le manifeste de 2012 du mouvement «Stop DSM» sous le titre : «Pour en finir avec le carcan du DSM. L'obligation d'une référence diagnostic au DSM nuit à la scientificité, elle contrarie le soin psychique, elle est coûteuse pour les états, elle paralyse la recherche et l'enseignement.», texte qui peut être retrouvé sur le Internet.

En mai 2013, paraît dans la presse française, juste avant la parution de la 5^e version du DSM, une série d'articles où vont s'exprimer anti et pro DSM, il faut avouer surtout anti! Citons:

«DSM 5: le manuel qui rend fou.» Cet article paru dans le journal Le Monde du 14/05/2013 fait état des vives controverses déclenchées par la parution du Manuel au sein même de la psychiatrie américaine et qui plus est par un des principaux promoteurs de la version précédente.

Les critiques portent sur:

- les conflits d'intérêt des experts,
- l'apparition d'entités nouvelles telles que les «troubles cognitifs mineurs, ou la « DMDD (Disruptive Mood Dysrégulation Disorder ou irritabilité de l'enfant)»,
- la pathologisation du deuil,
- les risques de sur-diagnostic, de sur-médicalisation et de sur-médication.

Dans la même édition du journal Le Monde, dans l'article: «On assiste à une médicalisation de l'existence», le psychanalyste Roland GORI déclare: «Ce principe (du manuel) est très bon pour faire des études de populations, évaluer des traitements ou mener des recherches épidémiologiques. Le problème, c'est qu'il a entraîné une manière de penser la souffrance psychique et sociale comme un trouble du comportement.» Selon lui, cette méthodologie du DSM qui est celle de la recherche d'un diagnostic consensuel, n'assure en rien de la validité ni de la réalité clinique de ce diagnostic: ainsi la suppression de l'homosexualité de la liste des troubles en 1980, a guéri des milliers de malades alors que l'ajout en 1994 de la «dysphorie prémentruelle» a créé des millions de patientes en plus...

Pour Roland GORI, «le DSM est le symptôme d'une maladie de la société. (...) d'une manière de gouverner qui (...) repose (...) sur la pression normative». «Il s'agit de fabriquer les discours de légitimation d'un contrôle social au nom de la raison technique et de l'objectivité scientifique.» Et encore: «Il faut revenir à la souffrance singulière du patient. Revenir au récit, recontextualiser le trouble et le symptôme.»

Le professeur Bruno FALISSARD, polytechnicien, psychiatre et chercheur tiendra quand à lui des propos moins polémiques et plus pragmatiques dans l'édition du 09/05/2013 du journal Libération. Il y fait le constat d'une différence de regard porté sur les troubles mentaux par les psychiatres français et américains. Il cite l'exemple des troubles bipolaires de l'enfant qui sont rares en France mais connaissent une explosion aux USA. Selon lui cela pourrait s'expliquer par un effet iatrogène des médicaments antidépresseurs qui

provoqueraient des virages maniaques mais surtout parce que «les psychiatres doivent renseigner précisément ce qui s'est passé: un enfant hyperactif, quand il est jeune, est souvent d'humeur joyeuse alors qu'avec le temps, quand il se fait détester par tout le monde, il va généralement avoir des moments dépressifs. Alors on dira: regardez (il a) des troubles bipolaires.» Il faut savoir qu'aux USA, 10% des garçons en fin de primaire seraient sous Ritaline du fait du diagnostic d'hyperactivité, soit 10 fois plus qu'en France. Et de poser la question: «qu'est-ce qui fait un trouble? En France c'est lorsque quelqu'un sonne à la porte d'un médecin et vous dit: je souffre.». Le problème avec l'enfant, c'est que c'est quelqu'un d'autre qui fait la demande.

Pour lui les maladies sont avant tout des concepts de médecins pas toujours pertinents pour le patient concerné. Il conçoit très bien qu'il n'y a pas de raison de refuser un traitement à certains sujets endeuillés qui ont une souffrance intolérable même s'il reconnaît que la souffrance ne doit pas être médicalisée.

Néanmoins il critique les abus de la médecine basée sur les preuves, l'«evidence based medicine», et constate que la notion de malade moyen est vide de sens: «En face de vous, vous n'avez jamais un patient moyen.»(...) «c'est la prise en charge qui est essentielle, pas le diagnostic.» dit-il.

Même s'il affirme que la question des causes ne fonctionne pas en psychiatrie, il estime qu'il faut néanmoins répondre aux demandes des familles: «En fonction de ceux que nous avons en face de nous, nous allons chercher ce que racontent les neurosciences, l'épidémiologie ou la psychanalyse. Nous tentons de donner du sens...».

En ce qui concerne la psychanalyse: «Comment la nier?(...) Il ne faut pas oublier la force de cette théorie (même) si elle est clouée au pilori en ce moment.»

Par contre, il minimise le rôle de l'industrie pharmaceutique en affirmant n'avoir jamais vu une firme inventer une maladie.

Enfin, Viviane KOWESS-MASFETY, psychiatre épidémiologiste, pro-DSM, dans le journal Le Monde du 14/05/2013, trouve «qu'il y a une certaine mauvaise foi dans les critiques», car selon elle, on fait porter au DSM, le poids de l'évolution de la société vers l'intolérance et la normalisation des comportements.

Elle considère, par ailleurs, violent, le fait de remettre en cause le fonctionnement intime des parents devant le moindre comportement déviant de leurs enfants.

Qu'en est-il des critiques anglo-saxonnes?

On se référera principalement à l'excellent article de François GONON, neurobiologiste et chercheur au CNRS, article paru dans le numéro d'avril 2013 de la revue l'Information Psychiatrique, qui, sous le titre: «Quel avenir pour les classifications des maladies mentales? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes», démontre en quoi le DSM a échoué dans son projet scientifique, de l'aveu même de ceux qui avaient été les responsables du DSM IV (Allan FRANCES, Michael FIRST, Robert Kendell) .

Si le projet qui avait présidé à l'élaboration du DSM à partir de sa 3^e version, était la fiabilité et la validité, on doit constater que:

- aucun marqueur biologique (génétique, biochimique ou d'imagerie cérébrale) n'a encore été validé pour aider au diagnostic des troubles mentaux (Allan FRANCES) ,

- la fiabilité inter-juge du DSM III n'est pas meilleure que celle du DSM II. Elle est seulement satisfaisante pour les pathologies les plus sévères; un diagnostic pour un même patient diffère souvent entre un chercheur et un psychiatre clinicien (Michael FIRST),

- la validité du DSM: pour que la définition d'une maladie soit valide, elle doit permettre de la distinguer des autres maladies et de la normalité. Selon cette définition les diagnostics psychiatriques définis par le DSM ne peuvent être considérés comme valides (Robert KENDELL). Les données génétiques et familiales ne confirment pas les limites des pathologies mentales (Steven HYMAN, ancien directeur du NIMH: National Institute of Mental Health). Ce manque de validité explique que la définition de ce qu'est un trouble mental fait toujours débat.

Si le DSM n'est ni fiable ni valide, est-il utile?

Pour Robert KENDELL, il faut distinguer validité et utilité: même si on ne peut pas bien les définir, il est nécessaire de donner des soins aux patients souffrants de troubles mentaux. Mais si la validité est un critère universel, le degré d'utilité dépend de l'utilisateur:

- chercheurs (biologie, épidémiologie, psychopharmacologie),
- médecins et autres soignants,
- experts judiciaires,
- patients et famille de patients
- industrie pharmaceutique (essais cliniques, marketing)
- caisses d'assurances
- enseignants en psychologie et en psychiatrie.

Le DSM ne peut satisfaire des utilisateurs aussi divers. En ce qui concerne:

- la recherche, le bilan est négatif aussi bien pour ce qui est, on l'a vu, les marqueurs biologiques que pour l'épidémiologie, si bien que la NIMH qui finance la recherche a décidé de ne plus financer le DSM;
- la psychopharmacologie, le DSM a permis une meilleure évaluation des médicaments: par exemple, on a pu démontrer que pour les dépressions autres que les dépressions sévères, les antidépresseurs SSRI (Inhibiteurs de la Recapture de la Serotonine dont le chef de file a été le Prozac), ne sont pas plus efficaces qu'un placebo! Mais une autre classification aurait pu être aussi bien pertinente;
- les choix thérapeutiques, le DSM III en augmentant la durée nécessaire (supérieure à 6 mois) pour faire le diagnostic de schizophrénie a permis, surtout aux USA où cette affection était sur-diagnostiquée, de la différencier des troubles bipolaires. Or ceux-ci réagissent favorablement à un traitement par le lithium contrairement aux troubles schizophréniques. Mais en ce qui concerne les troubles moins sévères, un diagnostic posé selon le DSM IV ne permet pas de dire si un trouble anxieux et/ou dépressif sera plus amélioré par une psychothérapie, un anxiolytique, un antidépresseur tricyclique ou SSRI ou une combinaison de ces différents traitements;
- la pratique clinique, une enquête de l'OMS de 2010 portant sur 5000 psychiatres de 44 pays, a montré que 69% des psychiatres interrogés utilisaient la CIM10 dont ils préféreraient l'approche prototypique et que 88% souhaitaient une classification réduite entre 10 et 100 troubles contre 410 pour le DSM IV et 420 pour le DSM 5:
«Puisqu'aucune classification existante ne peut prétendre à une validité scientifique tous ces experts estiment qu'il faut privilégier l'utilité clinique.» (Allan FRANCES, Michael FIRST et Steven HYMAN);
- dans l'enseignement de la psychiatrie, le DSM IV est malheureusement présenté dans de nombreuses universités comme un manuel de psychiatrie, ce qu'il n'aurait jamais prétendu être. Ainsi Melvin SABSIN, un concepteur des DSM III et IV a pu dire en 1997: «L'un des grands dangers de la présente période est l'atrophie des compétences psychothérapeutiques parmi les psychiatres. Le danger est de faire du DSM une approche mécaniciste où le clinicien perd son sens clinique et son humanisme;
- les assurances maladies, une classification doit être considéré comme un vocabulaire provisoire permettant des prises de décisions entre soignants, patients,entourage de

patients et les assurances: les impératifs des assurances privées au USA entre autres, influent énormément sur les décisions diagnostiques; c'est pourquoi l'utilité d'une classification dépend du contexte social et politique et que les différences entre les systèmes de santé expliquent les préférences pour des classifications nationales.

Quels enseignements tirer de ces constats pour l'avenir du diagnostic et des pratiques en psychiatrie?

- Selon Allan FRANCES, aucune classification ne peut se réclamer d'une réelle scientificité en l'absence de marqueurs biologiques et de frontières nettes entre pathologie et normalité. Il serait de ce fait nécessaire d'établir une classification simplifiée optimisant l'utilité clinique. Dans cette optique, le DSM5 n'apporte rien de nouveau, quand à la future CIM10, ses promoteurs auraient le projet de limiter le nombre des pathologies à 100, pathologies qui seraient définies par des descriptions-type .
- Selon certains psychiatres américains, même si les recherches en psychiatrie biologique et en psychopharmacologie doivent être poursuivies, il ne faut pas en attendre des miracles pour la plupart des troubles psychiatriques. Par ailleurs, il est relevé le rôle néfaste des experts (Allan FRANCES) avec, par exemple, des extensions abusives de diagnostic: ainsi aux USA et en Grande Bretagne la moitié des patients qui reçoivent des psychotropes ne relèverait pas d'un diagnostic de maladie mentale au sens du DSM.
- Forts de plusieurs constatations, entre autres, que malgré l'explosion des dépenses de santé et de la prescription de psychotropes tant aux USA que dans l'OCDE (augmentation des prescriptions d'antidépresseurs de 60% entre 2000 et 2009, 26% pour la France dont 80% par les médecins généralistes), on n'observe aucun recul de la prévalence de la dépression et aucun effet sur le taux de suicide, que les traitements par placebo sont souvent plus efficaces que l'absence de traitement et d'efficacité identique à celle des antidépresseurs, certains préconisent le concept de «soins sans diagnostic», estimant que cette augmentation des consommations de soins est lié à une inflation diagnostique (Allan FRANCES). Ce dernier s'appuie sur l'expérience hollandaise qui grâce à cette pratique d'un temps d'observation et de prise en charge non médicamenteuse des troubles dépressifs et anxieux, a vu le taux de suicide et de prescription d'anti-dépresseurs s'infléchir par rapport à la moyenne européenne. A noter que ce type de prise en charge est réalisée en France dans les Centres d'accueil et de crise de Gap et de Bondy.
- Aux USA cinq études ont montré que tous les systèmes d'informatisation (aide à la décision médicale et au suivi des patients, évaluation des performances et des centres de soins, évaluation bénéfique/coût du système) avait été inutiles pour la psychiatrie et peu efficaces pour la prévention en psychiatrie. Certains attribuent le manque de valeur des systèmes informatiques qui s'appuient sur le diagnostic dans l'évaluation des performances à la présence de biais, à savoir l'apprentissage des soignants dans la transmission à l'administration qui les y contraint et dans un sens favorable, des données évaluant la qualité de leurs diagnostics et de leur pratique de soins. «Qui trompe qui?...Que voulons nous améliorer, les soins ou seulement les chiffres?» a pu dire Daniel LUCHINS (USA).

A côté de cette analyse des critiques anglo-saxonnes du DSM, signalons deux types de critiques opposés:

-celles des chercheurs en sciences sociales et en santé publique (revue Health Affairs du 6 mai 2013) qui pointent l'insuffisance de prise en compte des facteurs institutionnels,

sociaux et culturels qui influent sur les variations de diagnostic des maladies mentales et le caractère problématique des notions de normal et de pathologique notamment en santé mentale. Ainsi les enfants seraient 3 à 4 fois susceptibles de recevoir un diagnostic de TDAH (trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité) de la part d'un médecin américain utilisant le DSM IV que de la part d'un médecin européen utilisant la CIM 10 à savoir 11% des enfants américains en âge scolaire! Par ailleurs il y aurait surdiagnostic de troubles psychotiques chez les personnes noires et de troubles de l'humeur chez les hispaniques (influence de l'ethnicité et du statut socio-économique). Agiraient également sur le diagnostic le marketing de l'industrie pharmaceutique et la recherche d'avantages sociaux. Enfin les auteurs de ces critiques pensent que «le jugement de l'organisation (du DSM) ...peut potentiellement être brouillé... lorsque certains marchés pour le manuel peuvent être impliqués».

- d'autres, comme Thomas R. INSEL, directeur du National Institute of Mental Health, alors qu'ils prennent acte de l'échec du DSM à démontrer sa validité scientifique et son utilité pour la recherche biologique, estiment que le manuel reste utile pour la clinique. Mais plutôt que de s'interroger sur la pertinence à biologiser le trouble mental, alors même qu'il reconnaît que la recherche en neurosciences elle-même a vu ses hypothèses invalidées, T. INSEL «déclare que son objectif est de réorganiser la recherche en psychiatrie pour qu'elle se recentre sur la biologie, la génétique et les neurosciences» à l'aide d'un autre projet, le Research Domain Criteria . (New York Times, 6 mai 2013). Les choses ont au moins le mérite d'être claires: on n'est plus dans une prétendue a-théoricité mais dans la recherche de causes organiques.

Donc les critiques sont pratiquement unanimes pour faire le constat d'une absence de pertinence et d'un échec du DSM que ce soit pour déplorer son manque de scientificité ou que ce soit pour dénoncer le caractère inadapté d'une classification des maladies mentales essentiellement basée sur la recherche d'une causalité organique.

Nous pourrions dire que le DSM entreprise de naturalisation de la maladie mentale n'est qu'un symptôme de la tendance actuelle à la désobjectivation de l'humain réduit au biologique. Cette tendance qui ne touche pas seulement la psychiatrie, est associée à l'hégémonie de l'idéologie scientiste contemporaine, prédominant aux USA, cette idéologie fonctionnant comme une nouvelle religion ce qui, comme le fait remarquer Jean-Claude Guillebaud (in Le principe d'humanité), est une régression au positivisme du XIX^e siècle. Or la science (dite «dure»), dit Bergson, est un mode de connaissance de la réalité, mais seulement d'une partie de cette réalité.

La psychiatrie est ainsi écartelée entre deux tendances opposées: revendiquer son appartenance à la médecine en biologisant la souffrance psychique et en la médicalisant à outrance ou sauvegarder une clinique du sujet en reconnaissant l'apport majeur de la psychanalyse dans la compréhension de la réalité psychique.

Comme le souligne François Gonon, le discours abusivement triomphant de la psychiatrie biologique conduit à des décisions politiques contestables. Il serait souhaitable, dit-il, même si pour des raisons pratiques on ne peut se passer de classification, que la psychiatrie fasse le constat lucide et honnête de ses connaissances .On pourrait aussi souhaiter qu'elle oriente sa recherche de manière équitable et non idéologique dans les trois dimensions qui en font sa spécificité: biologique, soit, mais aussi sociale et psychique.

Monique POUPRY
Juin 2013

