



*Regroupement  
des ressources alternatives  
en santé mentale  
du Québec*



**AGIDD-SMQ**

**ASSOCIATION DES GROUPES D'INTERVENTION  
EN DEFENSE DES DROITS EN SANTE MENTALE  
DU QUEBEC**



# Revue de presse critique Le DSM 5 contesté !

*Articles de journaux et extraits de blogs présentant des points de  
vue critiques sur diverses questions relatives à la santé mentale.*

***Mai 2013***

---

## **DÉVOILEMENT DU DSM-5**

### **LA «BIBLE» DES DIAGNOSTICS FAIT L'OBJET DE CRITIQUES VIRULENTES SANS PRÉCÉDENT**

---

Révisé en profondeur pour une 5<sup>e</sup> fois, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) fait l'objet de critiques virulentes. Elles n'ont jamais été aussi nombreuses et diversifiées (pétitions, appels au boycottage, publication de livres-chocs)! L'un des grands détracteurs du DSM-V est nul autre que le docteur Allan Frances, psychiatre ayant dirigé la 4<sup>e</sup> révision du Manuel.

Pour reprendre une boutade que nous avons lue, seul le nom du manuel n'aurait pas fait l'objet de contestations! On reproche notamment au DSM-V de «médicaliser les soucis de la vie quotidienne». Plusieurs n'hésitent pas à parler de «fabrique de fous». Cela suscite de vives inquiétudes considérant que nous dénonçons depuis de longues années la médicalisation à outrance des problèmes psychosociaux.

Nous soulignons le dévoilement du DSM-V par la publication d'une revue de presse critique sur le sujet. Cette revue de presse a été assemblée par le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) en collaboration avec l'AGIDD-SMQ. En effet, l'AGIDD-SMQ et le RRASMQ s'engagent à maintenir une analyse et un discours critiques face à la psychiatrie et à la médicalisation des problèmes sociaux.

Bonne lecture!

***Gorette Linhares, agente de communication AGIDD-SMQ***

***Robert Théoret, responsable à l'action politique RRASMQ***

---

## CONTENU

---

<i>L'homme est un fou pour l'homme.....</i>	<i>4</i>
<i>Le DSM-5 ou le monde normalisé par la psychiatrie .....</i>	<i>7</i>
<i>La bible des troubles mentaux reniée .....</i>	<i>10</i>
<i>Utilité et dangers des catégorisations psychopathologiques.....</i>	<i>13</i>
<i>Sommes-nous tous des malades mentaux ? .....</i>	<i>27</i>
<i>La science découvre des maladies, le DSM en invente !.....</i>	<i>29</i>
<i>Une bible trop exploitée ! .....</i>	<i>30</i>
<i>Tour du monde de la folie .....</i>	<i>31</i>
<i>Le poids du diagnostic psychiatrique.....</i>	<i>34</i>
<i>Êtes-vous devenu fou ? .....</i>	<i>36</i>
<i>«Depuis vingt ans, les maladies mentales restent plutôt stables».....</i>	<i>38</i>
<i>Les psychiatres se divisent face au DSM-5, nouveau guide des maladies mentales .....</i>	<i>43</i>
<i>Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou .....</i>	<i>46</i>
<i>Petit tour du monde du normal et du pathologique .....</i>	<i>50</i>
<i>"On assiste à une médicalisation de l'existence" .....</i>	<i>52</i>
<i>"Une certaine mauvaise foi dans les critiques" .....</i>	<i>54</i>
<i>DSM-5 : la folie bien ordonnée.....</i>	<i>55</i>
<i>Pourquoi nous devrions nous méfier du DSM V ? .....</i>	<i>57</i>
<i>Fronde contre la psychiatrie à outrance .....</i>	<i>59</i>
<i>Le National Institute of Mental Health (NIMH) américain se distance du DSM-5 de l'American Psychiatric Association .....</i>	<i>61</i>
<i>Psychiatrie : le DSM-5 ne tient pas assez compte des facteurs sociaux, estiment des chercheurs .....</i>	<i>62</i>
<i>NIMH vs DSM-5: No One Wins, Patients Lose .....</i>	<i>64</i>
<i>Medicine's big new battleground: does mental illness really exist?.....</i>	<i>67</i>

# LE DEVOIR

Libre de penser

<http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/376662/l-homme-est-un-fou-pour-l-homme>

26 avril 2013 | [Josée Blanchette](#) | [Actualités en société](#)

## *L'homme est un fou pour l'homme*

Photo : Newscom



« J'ai un projet, devenir fou. » – Bukowski

« Parmi les fous, on craint d'être fou. » – Horace

« L'unique différence entre un fou et moi, c'est que moi je ne suis pas fou. » – Salvador Dalí

Il y a trois choses qui ont failli me rendre folle tout au long de ma vie : les hommes, les hormones et, plus récemment, les poux. J'ajouterais aussi les fous. C'est contagieux, les fous. On sous-estime énormément le pouvoir de contamination d'un plus fêlé que soi. Bipolaires en liberté, borderlines, troubles anxieux, déprimés chics, pervers narcissiques, schizophrènes divertissants, psychopathes élus, jusqu'au-boutistes du dernier mot, passifs-agressifs bobo-marxistes, caractériels de l'industrie du cirque ordinaire, TDAH avec ou sans H, ego surdimensionnés des néons ou de la télé-réalité, maniaques sans frontière, j'ai tout vu.

J'ai côtoyé assez de fous pour qu'on me demande pourquoi je n'ai pas fait psychiatrie. Mon défunt père médecin plaisantait en disant que le premier patient d'un psychiatre, c'est lui-même. J'aurais pu prescrire des bonbons, des placebos ou des antidépresseurs à la volée. N'allez pas croire, tous les psychiatres ne sont pas des distributrices à Smarties (ou des fous) - j'en connais qui s'y opposent assez fermement, sauf cas de force majeure -, mais l'industrie de la camisole chimique ou du nanane de la béatitude s'avère aussi florissante que votre parterre de crocus.

Des chiffres ? Ils sont tirés de *Tous fous ?*, l'excellent essai du prof de philo à la retraite J.-Claude St-Onge traitant de l'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie. Le Québec prescrit le tiers des antidépresseurs au Canada pour 23 % de la population. En 20 ans, la consommation a augmenté de 400 %, et ce sont les femmes (2,5 fois plus) qui sont les meilleurs clients, une sur quatre d'âge moyen. Il semble qu'il soit plus facile d'être folle que fou. À moins que les femmes ne soient tout simplement plus

réalistes.

Une amie qui bataillait ferme avec la boule d'angoisse la tenaillant depuis des mois s'est fait prescrire en quelques minutes des anxiolytiques par sa généraliste. Résultat : trois mois sans dormir, aucune amélioration (évidemment, quand on ne dort pas...) et le sevrage du médicament est long. On n'arrête pas la drogue comme on veut. Pour le même problème, et après avoir potassé dans quelques bouquins spécialisés en troubles de l'humeur féminine (lire : hormonaux), je me suis débarrassée de la boule en question à l'aide d'un complexe de vitamine B acheté en grande surface. C'était même écrit « Calme » sur le flacon. À la portée de la première névrosée qui sait lire.

Du jour au lendemain, deux gélules roses, une genuflexion et un Notre Père Lacroix : partie, l'anxiété. Je n'oserais conseiller aux médecins de faire pousser de la valériane sur le toit vert de leur clinique, mais y a des ordonnances qui gagneraient à être soupesées. Les femmes sont peut-être folles d'être si peu étudiées. Ou écoutées. Ou soutenues.

### **Paranos normaux**

Au rythme où les bombes explosent et où les attentats terroristes sont déjoués, nous risquons tous de succomber à la paranoïa normale du citoyen fataliste, civils civilisés rongés par l'anxiété. L'âge de la tranquillité est terminé. Gelés par une pharmacopée bien chimique, nous supporterons mieux la perspective de terminer culs-de-jatte au dernier kilomètre. Et notre horreur de la cruauté doublée d'une once de folie (le fou se prend souvent pour Dieu), n'a d'égale que la possibilité que nous joignons nous aussi les rangs des déjantés. On a tous une craque qui pourrait devenir un nid-de-poule printanier.

Un psychanalyste me confiait récemment que nous hébergeons tous un « Guy Turcotte » au fond de nous. Il suffit de réunir les circonstances « favorables » pour le réveiller. Je ne suis pas sûre d'y croire ; ça vaut mieux pour ma santé mentale..

« Comme d'autres avant lui, Freud considérait que personne n'est entièrement normal. C'est ainsi que nous serions tous habités par une pulsion de mort qui pousse l'humanité à s'entredéchirer », écrit St-Onge dans son essai lapidaire sur notre société dopée, pusher de médicaments produits par l'industrie pharmaceutique qui « invente » aussi des maladies, semble-t-il. Mais les profits, eux, ne s'inventent pas.

Même la timidité se soigne. Et le cas des enfants - cette nouvelle clientèle docile - est assez troublant pour ne pas faire frémir tous les parents. Les enseignants travaillent désormais main dans la main avec l'industrie pour dépister les cas de TDAH dans leurs rangs : 2,9 millions d'ordonnances pour cette maladie inespérée en 2009 au Canada, une augmentation de 55 % en quatre ans. Où en sommes-nous quatre ans plus tard ?

Et personne ne connaît les causes (génétiques, sociales, chimiques, environnementales ?) de la maladie mentale. On évalue les symptômes et on navigue à vue.

Il faut dire que la normalité est un concept assez nébuleux. Normal ou sous-produit de la tapisserie ? Normal ou tétanisé ? Si on estime que de 25 à 50 % des gens souffriront d'une « maladie » mentale au cours de leur existence, il faut se référer au DSM V, la Bible des symptômes en psychiatrie, attendu le mois prochain (et déjà très contesté), pour comprendre qu'à peu près tout le monde est éligible à un diagnostic si, après deux semaines de tristesse à la suite d'un deuil, on peut diagnostiquer une dépression...

### Tous le fou de quelqu'un

Le stress, la vie dans la voie rapide, nos modes d'échanges furieusement technologiques, la solitude, le bruit, le perfectionnisme doublé de performance, le flux continu d'informations, les cocktails chimiques auxquels nous sommes exposés et la crème glacée molle (!) conduisent probablement à des formes plus ou moins légères de maladie mentale.

Vendredi soir dernier, lors de la chasse à l'homme de Boston, j'étais assise devant CNN, seule dans une maison au sommet d'une montagne, ignorant un magnifique coucher de soleil mexicain. Je consultais fiévreusement Twitter (j'avais la fièvre, faut dire), plus rapide que son ombre, pour savoir où le FBI en était de son 24 heures chrono. Réalité, télé-réalité, j'étais prise au piège de la folie.

Et je me suis vue gagnée par la frénésie. Celle qui fait augmenter les cotes d'écoute et les pulsations cardiaques. J'ai observé le jardinier Don José, à l'extérieur, arrosant les cactus en sifflant, donnant à manger au chat, tranquille. Et j'ai réalisé que j'alimentais moi-même ce délire collectif en étant absente à « la » réalité. J'ai fermé la télé et le iPad, alors que se mouraient au loin les derniers éclats d'un astre impuissant à nous soulager. Si même le soleil est en burnout...

\*\*\*

**Recommandé** je ne sais plus combien de fois le livre *Aux femmes qui ont l'impression de devenir folles* de Mia Lundin (éditions de l'Homme) à beaucoup de femmes de ma connaissance. J'en reparle ici car ce livre m'a aidée à apaiser les tempêtes hormonales. Syndrome prémenstruel, préménopause, ménopause, dépression ante et post-partum, tout y est pour rebalancer cette chimie complexe à l'aide de l'alimentation et de suppléments. Je laisse traîner le livre régulièrement dans la cuisine, pour prévenir « mes » hommes qu'ils vivent avec une cocotte minute...

**Salivé** en feuilletant *Veggie Burgers* de Joni Marie Newman (Marabout). Pour tous ceux qui craignent la vache folle (pas pu résister !), un livre tout indiqué. Des galettes qui ont l'air savoureuses et très diversifiées, à glisser dans le petit pain ou non. Beaucoup de recettes sans gluten. Aux patates douces et chipotle, au quinoa et petits pois, burger taboulé, 101 créations végétariennes et végétaliennes. Son « bacon cheeseburger » ne contient ni fromage, ni bacon, mais du sirop d'érable et du beurre d'arachide. Je l'essaie en fin de semaine. À s'y méprendre, paraît-il. On astique le barbecue.

**Tiqué** sur cette citation dans *Tous fous ?* de J.-Claude St-Onge (écosociété) : « Par ailleurs, les médicaments n'ont pas l'efficacité qu'on leur prête. Le vice-président à la recherche de GlaxoSmithKline, une des plus grandes multinationales de l'industrie, déclarait : " Plus de 90 % des médicaments fonctionnent chez 30 % à 50 % des gens." » Le bouquin est très bien documenté et jette un regard troublant sur des pratiques sujettes aux modes et aux impératifs de l'esprit néolibéral (rendements, rendements). Plus troublant encore, les études citées par St-Onge démontrent que les antidépresseurs favoriseraient les rechutes en cas de dépression. À lire.

**Aimé** *La corde à linge*, un roman jeunesse de Max Férandon (La Bagnole). L'écriture est accrocheuse, un brin de folie tout du long, le ton est enjoué et l'histoire fait penser à *Une année en Provence* version jeunesse. Une famille d'Anglais débarque dans un petit village, Champfleury, et va bousculer les traditions avec Internet. L'auteur invente des mots (une aventure « ficelante »), en explique d'autres, et plus que tout partage avec ses lecteurs son amour de la langue et des jeux de mots. Pour les 12 ans ou +.

*Josée*

-30-

## LE DEVOIR

Libre de penser

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/378117/le-dsm-5-ou-le-monde-normalise-par-la-psychiatrie>

14 mai 2013 | Étienne Boudou-Laforce - Candidat à la maîtrise en service social à l'Université de Sherbrooke

### *Le DSM-5 ou le monde normalisé par la psychiatrie*



Photo : Christian Tiffet

Le 22 mai, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, communément appelé le DSM-5, sera dévoilée. C'est peu dire que le vénérable manuel de psychiatrie, longtemps repoussé et ayant fait couler beaucoup d'encre, est attendu de pied ferme. S'il est d'usage que la sortie d'un nouveau DSM par l'Association américaine de psychiatrie (APA) provoque son lot de critiques et de controverses, rarement a-t-on

vu si grande mobilisation et assisté à autant de sorties retentissantes de la part de différents acteurs pour dénoncer les possibles changements proposés. C'est que le nouveau DSM compte - de nouveau - élargir considérablement le spectre de la maladie mentale. Ce qui aura des effets importants tant sur les plans, juridique, social, industriel que sur celui de la santé publique.

Allen Frances, psychiatre et ancien responsable du DSM-IV, publie aujourd'hui même son livre dans lequel elle dénonce la « médicalisation de la vie ordinaire » qu'entraînera possiblement le DSM-5. Il est d'avis que l'ajout de nouveaux diagnostics et l'abaissement de certains seuils auront pour triste conséquence d'augmenter considérablement la proportion de gens susceptibles de recevoir des diagnostics psychiatriques. D'autres experts craignent quant à eux que certains individus ne soient inutilement stigmatisés et que de vaines prescriptions de médicaments aient lieu. Bref, rien qui vaille [...]

### Un continuum d'intensité

Parmi les nouveautés du DSM-5, l'introduction d'une évaluation dimensionnelle visant à déterminer la gravité des symptômes retient particulièrement l'attention. En effet, l'approche « dimensionnelle », supposément plus flexible en regard de la traditionnelle approche « catégorielle », risque de bouleverser la pratique de nombre de psychologues et de psychiatres habitués à penser en termes de syndromes et non de traits isolés. Désormais, le clinicien « cotera » la présence et la sévérité des symptômes pour certains troubles. Bien que rendre compte d'un continuum d'intensité permette d'affiner la clinique psychiatrique, il appert que, comme l'écrit le médecin Bertrand Kiefer, « suivant où est placé le curseur sur le continuum, le marché de la maladie psychique pourrait considérablement s'accroître... ».

Concernant les ajouts ou modifications de diagnostics de nature inquiétante, relevons d'abord le trouble de dérégulation dit d'« humeur explosive ». Celui-ci s'appliquera aux 6 à 18 ans présentant une irritabilité persistante et des épisodes fréquents de manque de contrôle du comportement. Si l'APA soutient que ce nouveau diagnostic vise à réduire le surdiagnostic et le traitement du trouble bipolaire chez les enfants, il n'en demeure pas moins qu'en définitive, de nombreux enfants porteront les stigmates d'un diagnostic et seront l'objet de traitements pharmacologiques.

Ensuite, le « trouble dysphorique prémenstruel », version sévère des variations d'humeur liée aux règles, laisse quant à lui présager un début de pathologisation du syndrome prémenstruel. Mesdames, l'heure est grave ! Un autre changement aberrant concerne le trouble de « symptomatisation somatique ». À l'avenir, il suffira d'un seul symptôme à l'établissement de ce diagnostic, là où précédemment il en fallait huit. Le cas de l'« hyperphagie boulimique » laisse également songeur. Selon ce nouveau diagnostic, se goinfrer immodérément dans le frigo deux fois par semaine pendant trois mois est désormais considéré comme pathologique, rien de moins. De plus, soulevons que, de par la refonte des troubles du spectre autistique qui modifie entre autres

l'appellation et la nature du syndrome d'Asperger, plusieurs personnes ne pourront peut-être pas obtenir les mêmes services adaptés auxquels ils avaient droit alors que le diagnostic d'Asperger était un trouble à part.

### **Exclusion du deuil**

Par ailleurs, un changement particulièrement lourd de conséquences est l'abolition de « l'exclusion du deuil ». Une clause qui permettait aux personnes récemment endeuillées de ne pas être diagnostiquées du trouble dépressif majeur, à moins que les symptômes ne persistent au-delà de deux mois. En supprimant cette exclusion, on ouvre la voie à une médicalisation du deuil.

Il y a des aspects plus favorables, dont le non-ajout des diagnostics de psychose atténuée, de risque de psychose, de même que l'abandon du trouble mixte anxiété-dépression. Les diagnostics d'hypersexualité, de dépendance à la sexualité et d'addiction à Internet ont heureusement été rejetés. Ainsi, sous le poids de la critique, l'APA a, semble-t-il, plié. Il faut dire que certains de ces diagnostics, « pré-seuils » ou « pré-morbide », auraient pu ajouter des millions de malades, alors que d'autres diagnostics semblaient souffrir d'un préjugé culturel, moral ou encore idéologique qui s'enracinait dans « l'air du temps ».

Au final, s'il ne constitue pas la catastrophe annoncée, le nouveau DSM poursuit dans la voie d'une pathologisation excessive des émotions et comportements humains, faisant peu de cas des facteurs sociaux et des « maux de la société ».

### **La « bible des psychiatres »**

Le DSM, que certains nomment la « bible des psychiatres », n'est pas qu'un simple livre, c'est un ouvrage hautement reconnu dans le milieu psychiatrique, mais aussi chez l'ensemble des intervenants travaillant en santé mentale et qui a, d'une certaine manière, le pouvoir de définir la normalité et la pathologie. Rien de banal donc. Le DSM est le livre sur lequel s'appuie une majorité d'expertises psychiatriques et il joue donc un rôle crucial à plusieurs égards : qu'il s'agisse de prescrire un médicament et son remboursement, de déterminer la capacité d'un employé à retourner au travail, d'orienter la scolarité d'un élève, d'excuser un crime par la folie...

Par ailleurs, il est difficile, en parlant du DSM, de passer sous silence les liens de plus en plus évidents entre les milieux psychiatrique et pharmaceutique. Une étude publiée dans la revue Public Library of Science révèle que 69 % des 141 experts qui travaillent à la révision du manuel entretiennent des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique. Naturellement, dans une perspective mercantile, les firmes pharmaceutiques ont tout à gagner dans l'universalisation et l'amplification des dérives du psychisme humain.

Il ne s'agit pas ici de s'inscrire dans le courant antipsychiatrique, mais bien de partager des inquiétudes face à la nouvelle version du DSM. Certes, ce dernier reste un outil pertinent. Il aide le

clinicien à l'établissement du diagnostic, favorisant ainsi l'organisation et la planification d'un traitement. Il permet aussi la comparabilité des résultats et la communication entre les chercheurs et cliniciens. Mais à trop vouloir ne pas laisser de malades de côté, on accroît immodérément la sensibilité diagnostique et, dans la foulée, il peut y avoir surdiagnostic et surtraitement, de même qu'une banalisation du concept même de diagnostic.

Ce qui serait déplorable, comme le soutient Bertrand Kiefer « ce serait un monde normalisé par la psychiatrie, où la moindre impulsion créatrice, la plus petite transgression [...] se trouverait cataloguée comme anormale, nuisible ». Un monde non loin du « meilleur des mondes » d'Aldous Huxley où tous consomment du « soma » assurant bonheur, conformité et cohésion sociale.

**Étienne Boudou-Laforce - Candidat à la maîtrise en service social à l'Université de Sherbrooke**

-30-



<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201305/22/01-4653081-la-bible-des-troubles-mentaux-reniee.php>

Publié le 22 mai 2013

## La bible des troubles mentaux reniée

Un manifeste. Des pétitions. Des appels au boycottage. Le nouveau *DSM*, la bible de la psychiatrie qui sera adoptée officiellement aujourd'hui, soulève un tollé. Ce qu'on lui reproche: ratisser trop large et transformer en maladies mentales des comportements normaux. Les psychiatres sont-ils manipulés par l'industrie pharmaceutique pour vendre des pilules? *La Presse* fait le point.

«Tout le monde que je connais qui est un petit peu le fun est bipolaire ou a un déficit d'attention», a lancé Jean Leloup lors d'un récent passage à l'émission *Tout le monde en parle*.

Le chanteur voulait alors dénoncer la tendance des psychiatres à multiplier les diagnostics, une question relancée de façon explosive aujourd'hui alors que l'Association américaine de psychiatrie dévoile officiellement à San Francisco sa nouvelle bible.

Connue sous le nom de code *DSM-5*, la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* n'a pourtant pas un titre à enflammer les foules. Mais le document, qui a pu être consulté par une poignée d'observateurs le week-end dernier et dont une partie du contenu est connue depuis longtemps, provoque une controverse peu commune dans la communauté scientifique.

---

Des crises enfantines aux deuils problématiques en passant par les tendances à se goinfrer ou à se gratter de façon excessive, le nouveau manuel répertorie 297 troubles mentaux officiels, dont plusieurs nouveaux. C'est trop aux yeux de plusieurs critiques, qui croient que la science va trop loin en déclarant problématiques des comportements normaux.

Allen Frances, psychiatre à l'Université Duke, avait supervisé la quatrième édition du *DSM*, publiée en 1994. Il a déclaré publiquement que la publication de la cinquième version du manuel représentait «un triste jour pour la psychiatrie».

### Le lobby pharmaceutique

Dans un livre intitulé *Sauver la normalité* et consacré au sujet, M. Frances dénonce ce qu'il appelle la «médicalisation de la vie ordinaire». Selon lui, les scientifiques chargés de rédiger le *DSM-5* sont influencés par l'industrie pharmaceutique, qui cherche à multiplier les diagnostics de troubles mentaux pour vendre des médicaments censés les résoudre.

Jean-François Pelletier, professeur et chercheur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal, croit aussi qu'il y a un danger à multiplier les diagnostics.

«Le fait de poser un diagnostic précis, avec une terminologie parfois trop spécialisée, peut faire en sorte de stigmatiser les gens et les amener à s'auto-stigmatiser», dit le spécialiste. Selon lui, l'utilisation que les psychiatres feront du *DSM-5* sera tout aussi importante que son contenu.

«La façon d'annoncer un diagnostic à un patient, le ton utilisé, les explications sont extrêmement importants», rappelle-t-il.

Aux États-Unis, le National Institute of Mental Health a aussi affirmé son intention de se distancer du *DSM*. «Les patients souffrant de troubles mentaux méritent mieux», a écrit l'organisation, qui a cependant tempéré ses propos depuis. Dans un communiqué, elle affirme que le *DSM* représente «la meilleure information actuellement disponible pour le diagnostic clinique des troubles mentaux».

Utilisé notamment par les assureurs pour déterminer les traitements qui seront remboursés, le *DSM* influence la pratique des psychiatres du monde entier. Ceux qui le défendent font valoir que le *DSM* n'est pas un catalogue que le grand public doit éplucher pour se trouver des problèmes, mais un outil destiné aux spécialistes pour les aider à détecter un ensemble de symptômes chez leurs patients.

Plusieurs psychiatres soutiennent aussi que l'introduction de nouveaux troubles dans le *DSM-5* permettra d'établir des diagnostics moins graves chez leurs patients.

---

## **DSM-5: quelques nouveautés controversées**

### **>Le désordre de dérégulation dit d'humeur explosive**

Ce trouble vise les enfants de plus de 6 ans qui font plus de trois grosses colères par semaine pendant un an. Les détracteurs craignent que l'introduction de ce nouveau désordre médicalise de banales crises enfantines, alors que les partisans affirment qu'elle diminuera les diagnostics de troubles bipolaires.

### **>L'hyperphagie boulimique (binge eating)**

Il se définit par des épisodes récurrents d'absorption d'une quantité disproportionnée de nourriture à une seule occasion. Ces épisodes sont accompagnés de sentiment de perte de contrôle, de dégoût et de culpabilité, et doivent survenir une fois par semaine pendant plus de trois mois.

### **>La syllogomanie (hoarding)**

Il s'agit de l'accumulation d'objets de façon compulsive et excessive. On parle d'objets sans valeur entassés au point de nuire à la qualité de vie d'une personne et à la salubrité du lieu. Ce trouble s'est fait connaître à partir de 2010 grâce à la chaîne TLC, qui lui a consacré une série télévisée intitulée Hoarding: Buried Alive.

### **>La dermatillomanie**

Les personnes qui en souffrent sont appelées en anglais des skinpickers. Ce trouble se caractérise par l'automutilation compulsive, par le grattage et le trituration incontrôlé de la peau et des boutons. Il est associé à des sentiments d'anxiété et de culpabilité.

### **>Le deuil**

Jusqu'à maintenant, on ne diagnostiquait pas d'épisode dépressif majeur chez quelqu'un qui vivait un deuil depuis moins de deux mois. Le *DSM-5* retirera cette exception, de sorte que les endeuillés récents pourront aussi être déclarés dépressifs.

### **>Les troubles rejetés**

L'hypersexualisation, la dépendance à la sexualité et la dépendance à l'internet ont été rejetées, tout comme un trouble appelé «paraphilique coercitif». Selon le Dr Allen Frances, l'inclusion de ce dernier dans le *DSM-5* aurait fait du viol un trouble mental et non un crime. Le terme apparaît toutefois dans l'appendice, ce que dénonce le psychiatre.



<http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2025>

Ceci est la version intégrale d'un article de Jacques Van Rillaer paru dans le SPS n° 303 en janvier 2013



Jacques Van Rillaer est professeur émérite à l'Université de Louvain et aux Facultés universitaires St-Louis (Bruxelles)

**« Ce qui n'est pas fixé n'est rien. Ce qui est fixé est mort »**  
Paul Valéry, *Œuvres II. Gallimard, Pléiade, 1966, p. 697.*

## Utilité et dangers des catégorisations psychopathologiques

Par Jacques Van Rillaer

Le mot « catégorisation » désigne deux types d'opérations : la constitution d'une catégorie dans laquelle on range des éléments jugés de même nature (par exemple la définition de la dépression par une série de conduites typiques) ; le rangement d'un élément dans une catégorie (par exemple le fait de considérer telle personne comme déprimée).

Les catégories sont utilisées tantôt comme des *entités exclusives*, qui englobent tous les éléments présentant une propriété commune et excluent tous les autres, tantôt comme des *dimensions bipolaires*, par rapport auxquelles tout élément peut être situé. Un exemple du premier type est la *catégorie des déprimés* (opposés aux non-déprimés). Un exemple du second est la *dimension dépressivité*, variant de totalement déprimé à humeur neutre ou à extrêmement euphorique.

La catégorisation accompagne toute perception. Elle assure de multiples fonctions indispensables à la survie. Sans ce processus, nous ne pourrions développer un savoir scientifique, ni même des connaissances intuitives. La catégorisation permet de dégager des régularités, de trouver des relations de concomitance ou de causalité. Mais il y a un revers à la médaille. Les catégories présentent des degrés très variables d'élaboration, d'adaptation aux faits et d'utilité. Certaines sont particulièrement inadéquates ou néfastes.

### Justifications de catégories psychopathologiques

Des catégories de troubles mentaux ont été proposées depuis l'Antiquité. Un papyrus égyptien d'environ 1900 avant notre ère décrit des troubles mentaux provoqués par la montée de l'utérus. Les Grecs appelleront ces troubles « hystérie » (*hystera* = matrice). Pour attirer la matrice vers le bas, les Égyptiens, Hippocrate, Galien et même encore Ambroise Paré au XVI<sup>e</sup> siècle exposaient les organes génitaux à la fumée produite par des substances précieuses et parfumées<sup>1</sup>.

Dans le *Corpus hippocraticum*, on distinguait l'épilepsie, la frénésie (l'état confusionnel), l'agitation mentale sans fièvre (appelée aujourd'hui en psychiatrie « manie »), la mélancolie, les peurs excessives, les soucis exagérés<sup>2</sup>.

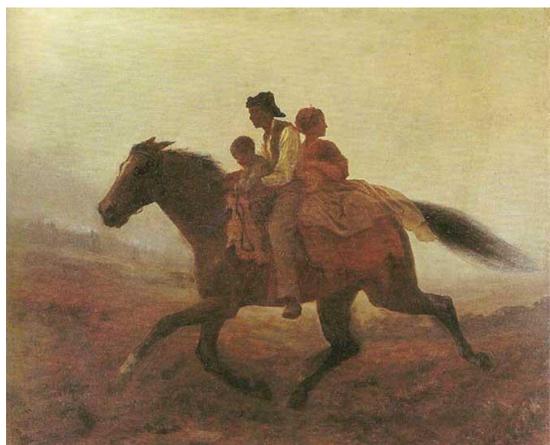
De nos jours, les principaux objectifs de l'identification des maladies, physiques et mentales, sont de faire des diagnostics et des pronostics, suivis, tôt ou tard, d'explications et de principes pour des décisions pratiques : choix de traitements, reconnaissance d'invalidité, remboursement de soins, sélection de personnel, etc.

Certaines classifications ont un but purement utilitaire. Ainsi, au XVIII<sup>e</sup> siècle, Joseph Daquin – promoteur de méthodes humanitaires pour les malades mentaux, annonçant celles de Pinel – a défini six catégories pour répartir les malades dans des espaces séparés : fous furieux (ou fous à lier), fous tranquilles (à enfermer sans attacher), extravagants (à surveiller constamment), insensés (à comportement imprévisible), imbéciles (à conduire comme des enfants), fous en démence (ayant besoin de soins physiques)<sup>3</sup>.

En 1843, un homme, qui avait tenté d'assassiner le Premier ministre britannique, a été déclaré irresponsable et envoyé à l'asile plutôt qu'en prison<sup>4</sup>. Cette décision de justice était la première du genre. Par la suite, le diagnostic psychiatrique sera de plus en plus utilisé pour établir le degré de responsabilité et de culpabilité. Le célèbre psychiatre Karl Menninger proposera de définir les troubles mentaux en fonction du degré de conscience, allant de la plus claire à la plus obscurcie<sup>5</sup>.

Des diagnostics ont essentiellement une fonction de contrôle social et de répression. Ce fut le cas de la « drapétomanie » (du latin *drapeta*, esclave fugitif), la manie « irrationnelle » des esclaves de vouloir s'enfuir. Cette expression a été inventée en 1851 par le médecin américain Samuel Cartwright, dans son rapport d'une enquête sur les coutumes des esclaves noirs. La thérapie était simple : l'amputation des gros orteils, qui rend impossible la course à pied<sup>6</sup>.

L'idée que des diagnostics psychiatriques sont des constructions culturelles, qui ont pour fonction le contrôle d'individus déviants, a été développée de façon radicale par le psychiatre Thomas Szasz, qui fut psychanalyste avant de devenir un des leaders de l'antipsychiatrie. Ces titres d'ouvrages donnent une idée de sa conception : *The myth of mental illness* (1961), *The myth of psychotherapy* (1978).



Des catégories psychopathologiques peuvent servir d'argument ad hominem pour discréditer une théorie ou neutraliser des objections. Freud a fait un usage abondant de cette stratégie. À des dissidents et des opposants, il a attribué le diagnostic de névrosé (Jung, Rank), d'obsessionnel (Bleuler), de psychotique (Rank, Ferenczi), de paranoïaque (Adler, Ferenczi), de pervers (Stekel), de sadique (Adler), d'homosexuel (Bleuler, Hirschfeld)<sup>7</sup>. Le psychanalyste (dissident) Erich Fromm écrivait à ce sujet : « Les staliniens démolissent la réputation des opposants en les qualifiant d'espions et de traîtres. Les freudiens le font en les traitant de "malades mentaux"<sup>8</sup> ».

## L'existence de maladies mentales

Dans les textes hippocratiques, tous les troubles ont une explication somatique, principalement un déséquilibre d'une des « humeurs », dû à des facteurs internes ou externes (notamment l'alimentation). Toutefois, jusqu'au siècle des Lumières, les explications rationnelles n'ont guère fait contrepoids aux explications magiques et religieuses. Au XIX<sup>e</sup> siècle, des médecins ont défendu des explications psychologiques et le « traitement moral »<sup>9</sup>, tandis que d'autres s'intéressaient à l'anatomie cérébrale. C'est à cette époque que des médecins ont mis en évidence que la progression de la syphilis s'accompagne d'une détérioration mentale qui aboutit à une psychose, généralement de type mégalomaniacale. L'agent infectieux a été identifié en 1905 et Wagner von Jauregg est parvenu à arrêter l'évolution de la maladie par malaria-thérapie en 1917. À partir de 1943 la pénicilline a permis une thérapie efficace. On peut parler ici d'une véritable maladie mentale présentant un ensemble de symptômes qui résultent d'une cause somatique (à l'image du bacille de Koch pour la tuberculose).

Au cours du XX<sup>e</sup> siècle, on a identifié un nombre important de troubles mentaux qui ont une cause somatique et peuvent être considérés comme des maladies ou des handicaps mentaux : épilepsie, démence alcoolique, démence d'Alzheimer, trouble bipolaire, certains types d'autisme, etc.

La méconnaissance de déterminants somatiques mène à des traitements inadéquats et à de fausses explications d'échecs ou de réussites. Une illustration célèbre est l'évolution de l'Homme aux loups. Ce patient, de son vrai nom Sergius Pankejeff, avait séjourné chez Emil Kraepelin, qui avait diagnostiqué une « psychose maniaco-dépressive ». Il avait ensuite consulté Freud, qui avait été ravi de prendre en charge un patient qu'un adversaire n'avait pas réussi à guérir. Freud a alors diagnostiqué une « névrose infantile » et a traité le patient pendant 4 ans et 5 mois (à raison d'un minimum de 6 séances par semaine au prix de 40 couronnes, soit ± 1350 €, la séance). Le traitement psychologique a semblé un succès, mais le patient allait rechuter périodiquement. Freud a chaque fois renvoyé le patient à des collègues, notamment Ruth Mack Brunswick et Marie Bonaparte, qui ont cru à leur tour à une guérison après quelques mois ou années d'analyse. En réalité, le patient présentait typiquement un trouble bipolaire – un dysfonctionnement ancré dans la biologie – et passait continuellement par trois phases : dépression, normalité thymique et euphorie. À la fin de sa vie, il a déclaré à une journaliste qui l'avait retrouvé dans un asile : « *Kraepelin est le seul qui a compris quelque chose*<sup>10</sup> ».

Un exemple de sous-estimation de facteurs biologiques, dont il est beaucoup question aujourd'hui, est le trouble érectile. Freud expliquait l'impuissance sexuelle par la découverte de l'absence de pénis chez la femme et la peur consécutive de la castration<sup>11</sup>. Dans son dernier livre, il expliquait que « *l'acte sexuel est une agression ayant pour visée l'union la plus intime* »(sic) et que l'impuissance sexuelle résulte d'« *un fort abaissement du facteur agressif*<sup>12</sup> ». Bien d'autres explications ont été avancées, notamment le fantasme de risquer la castration par le vagin<sup>13</sup>. Parmi les explications les moins farfelues : la peur de l'échec, des préoccupations de la vie quotidienne et l'attitude de la partenaire. Quoi qu'il en soit, l'arrivée du Viagra a montré qu'une large proportion de dysérections sont de nature organique ou mixte. Elles tiennent à une insuffisance vasculaire, due par exemple au vieillissement, au tabagisme, à l'alcoolisme ou au diabète.

## Le grand capharnaüm des étiquetages

Plusieurs troubles psychologiques n'ont pas de cause biologique démontrée. Ils ne constituent pas des entités naturelles comparables à une fracture du bras, une maladie infectieuse ou neurologique. Des psychiatres et des psychologues observent des comportements plus ou moins problématiques et établissent des corrélations entre certaines d'entre eux. Exemple. En 1869, le neurologue américain George Beard rassemblait un ensemble de troubles (fatigue, dépression, angoisse, troubles fonctionnels, etc.) sous l'étiquette « neurasthénie »<sup>14</sup>. En 1895, Freud a proposé de grouper ces symptômes en deux entités : la « neurasthénie véritable » et la « névrose d'angoisse ». Il avançait que cette distinction s'appuyait sur des étiologies différentes. Il affirmait avoir constaté, dans *tous* les cas de neurasthénie, des pratiques masturbatoires et, dans *tous* les cas de névrose d'angoisse, des excitations frustrées, le plus souvent le coït interrompu ou « congressus reservatus » (rapport sexuel réservé)<sup>15</sup>. Les recherches des psychiatres et des psychologues d'orientation scientifique n'ont pas confirmé la généralité de ces étiologies. Bien d'autres facteurs peuvent jouer dans la dépression et le syndrome de fatigue chronique (les syndromes qui correspondent plus ou moins à la neurasthénie), ainsi que dans les troubles anxieux que Freud regroupait sous l'étiquette « névrose d'angoisse ». Freud a eu tort d'affirmer que la distinction qu'il proposait se fondait sur deux causes clairement bien identifiées : des types d'expériences sexuelles qu'il croyait pathogènes.

Les entités définies par Freud ont été à leur tour désarticulées. Plusieurs des symptômes qu'il avait regroupés sous l'étiquette « névrose d'angoisse » sont aujourd'hui considérés comme formant des syndromes distincts, notamment le trouble anxieux généralisé, l'attaque de panique, le trouble panique, l'agoraphobie, les phobies spécifiques, l'état de stress aigu, l'état de stress post-traumatique, le syndrome d'hyperventilation, le syndrome de l'intestin irritable.

Cet exemple montre qu'il convient, pour les troubles mentaux, d'en rester à des catégories descriptives tant que leurs causes ne sont pas clairement démontrées, comme dans le cas de la démence vasculaire. La façon de conceptualiser les troubles demeure en principe toujours discutable. De plus, il faut souligner que beaucoup de troubles sont manifestement liés à un contexte culturel et à la diffusion de conceptions psychologiques. Ils apparaissent dans une région à une époque, pour ensuite se réduire ou disparaître. Un exemple typique est le « trouble personnalité multiple » : il est apparu à la fin du XIXe siècle (à la faveur de pratiques hypnotiques), il est devenu une épidémie aux États-Unis et aux Pays-Bas dans les années 1980-90, il est aujourd'hui en voie de disparition<sup>16</sup>.

Jusqu'au début du XXe siècle, les médecins utilisaient un petit nombre de catégories. Freud par exemple s'en tenait à une dizaine : neurasthénie, paranoïa, perversions (homosexualité, pédophilie, sadisme, etc.), névroses hystérique, phobique, obsessionnelle, narcissique, traumatique, de caractère. Kraepelin, dans le plus célèbre des manuels de psychiatrie de la fin du XIXe siècle, distinguait les psychoses exogènes (troubles du métabolisme et d'infections, démence précoce, tumeurs cérébrales) et les psychoses endogènes (folie maniaco-dépressive, paranoïa, psychose d'involution, etc.). Les utilisateurs de ces termes devenant de plus en plus nombreux à travers le monde, les significations sont devenues de plus en plus floues. L'exemple le plus typique est le

vieux terme d'« hystérie ». Au XVIII<sup>e</sup> siècle, Thomas Sydenham, l'Hippocrate anglais, écrivait déjà : « Énumérer simplement tous les symptômes de l'hystérie serait un travail de longue haleine tant ils sont nombreux. Ils sont non seulement nombreux mais aussi polymorphes par leur genèse et différents de ceux des autres maladies. C'est un farrago de phénomènes désordonnés et irréguliers<sup>17</sup> ». Au XIX<sup>e</sup> siècle, la description de l'hystérie, considérée alors comme « la reine des névroses », occupait jusqu'à 40 pages dans certains ouvrages médicaux. Le mot a fini par qualifier n'importe quoi, depuis des possessions démoniaques jusqu'au refus par une adolescente de se laisser embrasser par l'ami de son père<sup>18</sup>.

### Un outil imparfait mais nécessaire

Le flou des diagnostics est apparu aux États-Unis comme un problème grave en 1941, lors de la



Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795  
(Extrait d'un tableau de Tony Robert-Fleury)

mobilisation : les psychiatres n'arrivaient à ranger dans leurs catégories habituelles que 10 % des personnes mentalement perturbées<sup>19</sup>. Dans le même temps, les recherches — notamment des études épidémiologiques — butaient sur l'absence de catégories clairement définies, les scientifiques éprouvaient des difficultés à échanger des données et à confronter leurs points de vue. Pour remédier à cette situation, l'*American Psychiatric Association* (APA) a publié en 1952 un manuel présentant 106 catégories clairement définies : le *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* ou *DSM-I*.

Dans les années qui suivirent, plusieurs recherches ont porté sur le degré de concordance des diagnostics psychologiques émis par différents thérapeutes sur les mêmes patients. Par exemple Aaron Beck et coll. ont demandé à quatre psychiatres d'un hôpital universitaire de diagnostiquer 153 patients. L'accord n'a été que de 70 % pour la distinction entre psychose et névrose, et encore beaucoup plus faible pour toutes les autres catégories (par exemple, 38 % d'accord pour « trouble de la personnalité »)<sup>20</sup>.

La deuxième édition du DSM (1968) s'est voulue plus précise et en accord avec la 8<sup>e</sup> révision de la *Classification Internationale des Maladies* (CIM). Elle n'en restait pas moins décevante et se trouvait fort critiquée. Par exemple, Robert Kendell et coll. ont demandé à des psychiatres anglais et américains de diagnostiquer des patients (trois Américains et cinq Anglais) après avoir vu les

entretiens en vidéo. Un des patients a été étiqueté schizophrène par 69 % des Américains et 2 % des Anglais. Pour un autre patient, les chiffres étaient 85 % versus 7 %. Ainsi le diagnostic était déterminé bien davantage par la nationalité des psychiatres que par l'état des patients<sup>21</sup>.

L'APA s'est remise au travail en vue d'éditer un manuel dit « a-théorique », fondé essentiellement sur des faits observables et utilisables par tout psychiatre ou psychologue, quelle que soit son orientation théorique. En effet, les deux premières éditions étaient empreintes de la théorie freudienne et diagnostiquaient en fonction de processus sous-jacents. Par exemple, la « névrose phobique » était définie dans le DSM-II (p. 40) : « *Condition caractérisée par une peur intense d'un objet ou d'une situation que le patient reconnaît consciemment comme sans réel danger pour lui. La peur est vécue comme un état de faiblesse, de la fatigue, des palpitations, de la nausée, des tremblements et même de la panique. Les phobies sont généralement attribuées à des peurs dont le patient est inconscient et qu'il déplace vers un autre objet ou une situation phobique* ». Dans les éditions suivantes, il n'a plus été question de « névrose phobique », mais de « phobie ». Celle-ci a été définie comme « *peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou à une situation spécifique* » (p. ex., *prendre l'avion, les hauteurs, les animaux, avoir une injection, voir du sang*)<sup>22</sup> ». Il n'a plus été question de la cause (le soi-disant déplacement inconscient de la peur d'un objet à un autre). On a défini une durée (« Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois ») et une forme infantile (« Chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement »).

Le DSM-III, paru en 1980, a constitué un tournant capital. On lisait dans la préface que ce n'était qu'une « *version temporairement "arrêtée" dans un processus qui se poursuit* ». En effet, un large comité d'experts en psychiatrie et en psychologie clinique travaillera périodiquement à de nouvelles versions. D'une édition à l'autre, des changements, parfois très importants, apparaîtront. Citons la suppression des diagnostics « homosexualité », « névrose » et « hystérie ».

Dans le DSM-III, l'homosexualité n'était plus considérée comme « trouble mental » que si elle n'était pas assumée par la personne (« homosexualité ego-dystonique »). Dans l'édition révisée (DSM-III-R, 1987), le terme était supprimé. Notons que la plupart des psychanalystes du groupe d'experts se sont farouchement opposés à ces deux décisions. Pour eux, comme pour Freud, l'homosexualité restait une « perversion » causée par la fixation à un stade infantile du développement<sup>23</sup>.

Le mot « névrose » est depuis longtemps problématique. Conformément à l'étymologie (en grec, *neuron* signifie *nerf*), il a d'abord désigné des perturbations dues à un trouble du système nerveux sans lésions organiques décelables. À partir de la fin du XIXe siècle, il a désigné des troubles psychologiques présentant une forte composante affective, par exemple des phobies et des crises d'angoisse. À cette époque, des auteurs ont utilisé le mot « psychonévrose » pour désigner les troubles névrotiques d'origine psychologique. C'est un usage adopté notamment par Freud, qui distinguait les « psychonévroses » (hystérie, névrose obsessionnelle) et les « névroses actuelles » (névrose d'angoisse, neurasthénie). Malheureusement, le mot suggère l'existence d'une maladie comparable à la tuberculose ou d'une entité mentale « expliquant » les troubles

observables (on serait angoissé parce qu'on souffre d'une « névrose d'angoisse »). Il n'a plus été repris dans la 10<sup>e</sup> édition de la *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*, publiée par l'OMS à Genève en 1993, ni dans le DSM-IV (1994). Désormais, les psychiatres et les psychologues d'orientation scientifique ne parlent plus de « névrose phobique », mais de « trouble phobique », de « phobie » ou de « peur excessive ».

« Hystérie », qui était devenu un fourre-tout, a été supprimé du DSM à partir de sa 4<sup>e</sup> édition et remplacé par des catégories distinctes, clairement définies : troubles de conversion, hypocondrie, troubles dissociatifs, personnalité histrionique, etc.<sup>24</sup>

La suppression des deux concepts nosographiques majeurs de la psychanalyse (névrose, hystérie) a été vécue par la majorité des freudiens comme une déclaration de guerre. On les comprend : Freud écrivait, au sommet de sa carrière, « *notre technique a grandi avec le traitement de l'hystérie et elle ne cesse d'être toujours réglée sur cette affection.* »<sup>25</sup>

Le DSM-III (1980) était une édition qui en attendait d'autres. Aujourd'hui l'APA travaille au DSM-V, en tenant compte de milliers d'études réalisées depuis la première édition sur les catégories proposées. Il est certain qu'il sera un outil imparfait, mais malgré tout indispensable pour ceux qui veulent des repères pour travailler scientifiquement en psychopathologie.

### Des dangers de la catégorisation

La catégorisation d'une personne peut prendre la forme d'une simplification caricaturale et mener à la substantialisation d'éléments qui ne sont que des aspects. Elle peut alors induire ou renforcer des troubles comportementaux. Une personne étiquetée « antisociale », par son entourage ou par un expert, ne peut pas facilement échapper à cette identification. Divers comportements, qualifiés de normaux lorsqu'ils surviennent chez d'autres, ne retiennent guère l'attention ou sont interprétés de façon à cadrer avec le diagnostic. D'autre part, un comportement quelque peu déviant est d'emblée attribué à l'« être » (« profond » et permanent) de la personne, tandis que les conditions environnementales ne sont pas ou peu prises en compte. Le label apposé sur un individu influence la manière dont les autres le perçoivent et agissent à son égard, il détermine la manière dont lui-même se perçoit et réagit.



Pinel fait enlever les fers aux aliénés de Bicêtre.  
Tableau peint par Charles-Louis Muller (1815-1892).

Ces effets ont été étudiés depuis longtemps par des psychologues<sup>26</sup> et des sociologues<sup>27</sup>, qui parlent de « stéréotypes » et de « stigmatisation ». On peut conclure que, *globalement*, les diagnostics psychiatriques ne font pas davantage de dégâts psychologiques que les étiquettes populaires, comme « possédé du diable », « vicieux », « pervers », « salaud », « monstre », « simulateur ». Mieux vaut souffrir d'une « dépendance alcoolique » que d'être traité d'« ivrogne », mieux vaut présenter un « retard

mental » que d'être appelé « imbécile » ou « idiot ». Mieux vaut s'entendre dire atteint d'un « trouble obsessionnel » qu'être qualifié de « fou » ou d'« invivable ». Les notions de « trouble » et de « maladie » suscitent davantage de compréhension et de compassion que des jugements moraux. En reprenant à son compte un diagnostic médical, l'intéressé pense « c'est plus fort que moi ». Il réduit sa culpabilité et sa honte.

En usant de catégories psychopathologiques, il faudrait toujours garder à l'esprit les principes suivants : (a) ces catégories ne sont que des façons d'organiser des informations, elles sont relatives et amendables ; (b) elles n'expliquent pas, par elles-mêmes, les comportements (on n'explique pas l'anxiété de quelqu'un en disant qu'il souffre d'un « trouble anxieux »), elles ne sont que des raccourcis sémantiques ; (c) leur utilisation est néfaste si elles conduisent à négliger la singularité de la personne et les contextes qui la conditionnent ; (d) il faut éviter l'usage du verbe « être » : mieux vaut dire que « Luc souffre d'un trouble obsessionnel » que de déclarer « Luc est (un) obsessionnel ».

### Le DSM en question

Au départ, le DSM était destiné seulement aux psychiatres américains. La troisième version a connu un succès international inattendu. En peu de temps, elle a été traduite en treize langues, dont le chinois et le japonais. À partir de cette édition, le DSM est devenu la référence du vocabulaire psychopathologique pour les psychiatres et les psychologues d'orientation scientifique, quand bien même ils estimaient bon nombre de diagnostics discutables. Des psychanalystes anglo-saxons ont aussi adopté ses catégories. C'est le cas de Peter Fonagy, professeur de psychanalyse à l'université de Londres et co-auteur d'un célèbre rapport sur l'efficacité des « psychothérapies psychodynamiques »<sup>28</sup>. Par contre, la majorité des psychanalystes français ont refusé de l'utiliser et ont cherché à le discréditer sans ménagements. On peut noter que ces psychanalystes ne font quasi jamais de recherches empiriques méthodiques. Ils se contentent de publier des cas et des textes théoriques dans la lignée de ceux de Freud ou Lacan. Pour eux, la dizaine de catégories de Freud suffit, puisque la technique (invariablement des interprétations d'associations libres visant à mettre au jour des souvenirs refoulés et des pulsions réprimées) ne s'applique qu'aux « névroses », comme Freud l'a répété jusque dans son dernier livre : « *Nous avons choisi les névroses pour être nos objets d'étude, parce qu'elles sont les seules à sembler accessibles aux méthodes psychologiques de nos interventions* »<sup>29</sup>.

Pour les comportementalistes, le DSM n'est qu'un outil qui fournit des balises pour la recherche et qui facilite la communication d'informations. Pour eux, l'essentiel est l'analyse de comportements et la découverte de processus pathogéniques, tels que l'évitement d'émotions pénibles et/ou la répression d'idées intrusives<sup>30</sup>.

**Nous passons en revue neuf critiques du DSM, en commençant par les plus fréquentes. Certaines se justifient, d'autres relèvent de l'ignorance ou de la mauvaise foi.**

**1. « Le DSM manque de scientificité ».** En principe, depuis la troisième édition, la constitution de catégories se fonde sur des études empiriques rigoureuses, mais, en

pratique, certaines catégories sont définies, en cas de désaccord, à l'issue d'un vote d'experts. On peut raisonnablement espérer que la scientificité, qui est l'objectif poursuivi,

augmente au fil des éditions, mais il est naïf de croire qu'on arrivera à un répertoire parfaitement objectif des troubles mentaux. Répétons que de nouveaux troubles apparaissent – comme la cyberdépendance ou le frotteurisme<sup>31</sup> –, tandis que d'autres se transforment ou disparaissent.

**2. « Des experts ont des liens avec l'industrie pharmaceutique ».** L'exemple le plus célèbre est sans doute Joseph Biederman, professeur de pédopsychiatrie à Harvard, qui a milité pour introduire le « trouble bipolaire chez l'enfant » dans le DSM, tandis que des sommes considérables lui étaient versées, en tant que « consultant », par une firme fabriquant un médicament pour ce trouble<sup>32</sup>. Heureusement ce cas n'est pas la règle. Par exemple, l'élaboration de la catégorie des troubles anxieux s'est faite sous la direction de David Barlow, un psychologue (non médecin), reconnu comme un des meilleurs spécialistes des troubles anxieux et dont l'intégrité n'a jamais été mise en question.

**3. « Des diagnostics médicaux favorisent la commercialisation et la vente de médicaments ».** Le diagnostic « phobie sociale » est un exemple typique. À la fin des années 1960, la *Food and Drug Administration* a interdit à Sandoz la vente d'un calmant destiné à soigner des « angoisses quotidiennes et des problèmes sociaux ». Trente ans plus tard, la firme GSK a fait un tabac avec un antidépresseur prescrit pour la « phobie sociale », le Seroxat, illustrant ainsi l'importance d'un label médical<sup>33</sup>.

Notons toutefois que les psychiatres honnêtes et bien informés expliquent que le traitement par excellence de la phobie sociale

n'est pas une molécule, mais la thérapie cognitivo-comportementale<sup>34</sup>. En fin de compte, ce diagnostic rend service dans la mesure où il informe sur la possibilité de suivre des traitements psychologiques qui éliminent ou réduisent la peur d'être évalué par autrui.

**4. « Les catégories diagnostiques se multiplient de façon excessive ».** D'une édition à l'autre, les auteurs du DSM ont supprimé des catégories et en ont introduit beaucoup d'autres. On est passé de 106 diagnostics en 1952 à 365 en 1994. Nous avons déjà donné des exemples de la multiplication des diagnostics avant l'apparition du DSM. Le manuel de l'APA a simplement accéléré le processus. On peut y voir un risque de pathologisation et de médicalisation ou de « thérapisme »<sup>35</sup>. L'augmentation du nombre de comportements problématiques officiellement répertoriés va de pair avec le nombre de personnes qui s'adressent à des soignants ou leur sont adressées. Jérôme Wakefield et Allan Horwitz ont décrit cette dérive dans le cas de la dépression<sup>36</sup>.

Notons toutefois que beaucoup de nouveaux diagnostics sont simplement des distinctions opérées dans une catégorie, en vue d'affiner les recherches. Dans certains cas, les distinctions se fondent sur l'observation de processus différents. Ainsi on a intérêt à distinguer la phobie du sang, des blessures et des injections des autres phobies. Dans le premier groupe, la situation phobogène provoque une augmentation de la tension artérielle très rapidement suivie de sa chute, entraînant éventuellement une syncope (il importe d'augmenter le tonus musculaire dans la partie supérieure du corps dès le premier symptôme de malaise). Le processus

physiologique est différent dans les autres phobies. (là, il importe de diminuer le tonus musculaire pour réduire l'activation émotionnelle).

**5. « Certains critères du DSM sont trop peu discriminants, ce qui conduit à une inflation de diagnostics ».** Élisabeth Roudinesco – la figure actuellement la plus médiatique de la psychanalyse française – déclare à ce sujet : « Avec le DSM, on ne sait plus qui est fou et qui ne l'est pas. Vous vérifiez trois fois si votre porte est bien fermée? Vous êtes angoissé donc malade mental<sup>37</sup> ». Notons au passage que le DSM ne parle pas de « maladies mentales », mais de « troubles », définis comme des syndromes associés à une souffrance, une incapacité ou un risque important d'une situation nuisible<sup>38</sup>. Comparons cette affirmation de Mme Roudinesco en 2010, sur le diagnostic de trois vérifications d'une porte, avec la définition d'une compulsion dans le DSM de 1994<sup>39</sup> :

**A.** Comportements répétitifs (p. ex. lavage des mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

**B.** À un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions

ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées. NB. Ceci ne s'applique pas aux enfants.

**C.** Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

**D.** Si un autre Trouble de l'Axe I est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier (p. ex. préoccupation liée à la nourriture quand il s'agit d'un Trouble des conduites alimentaires ; au fait de s'arracher les cheveux en cas de Trichotillomanie ; inquiétude concernant l'apparence en cas de Peur d'une dysmorphie corporelle ; préoccupation à propos de drogues quand il s'agit d'un Trouble lié à l'utilisation d'une substance ; crainte d'avoir une maladie sévère en cas d'Hypocondrie ; préoccupation à propos de besoins sexuels impulsifs ou de fantasmes en cas de Paraphilie ; ou ruminations de culpabilité quand il s'agit d'un Trouble dépressif majeur.

**E.** La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. : une substance donnant lieu à abus, un médicament) ni d'une affection médicale générale ».

Le reproche « on ne sait plus qui est fou et qui ne l'est pas » devrait être adressé à Freud plutôt qu'aux auteurs du DSM, qui ont voulu définir des critères permettant d'éviter « l'effet Knock » (« les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent<sup>40</sup> »). Rappelons

que Freud écrivait en 1905 : « *En mettant en évidence le rôle des motions perverses en tant que formateurs de symptômes, nous avons accru de manière tout à fait extraordinaire le nombre des êtres humains que l'on pourrait compter parmi les pervers. Ce n'est pas seulement que les névrosés eux-mêmes constituent une classe d'êtres humains très nombreuse, encore faut-il prendre en considération que les névroses, à partir de toutes leurs configurations, forment des séries sans lacunes pour s'estomper jusqu'à la santé ; Moebius n'a-t-il pas pu dire à juste titre : nous sommes tous un peu hystériques?*<sup>41</sup> ». Il écrivait en 1925, dans son célèbre texte « Les résistances contre la psychanalyse » que sa « *situation a quelque chose d'effrayant parce que ce n'est pas une petite affaire que d'avoir tout le genre humain comme patient*<sup>42</sup> ». Et dans son dernier livre : « *Il est scientifiquement irréalisable de tracer une ligne de partage entre la norme psychique et l'anormalité, si bien qu'à cette différenciation ne revient, malgré son importance pratique, qu'une valeur conventionnelle*<sup>43</sup> ».

**6. « Les critères du DSM sont parfois trop restrictifs ».** Par exemple, une personne qui a subi un traumatisme psychologique important peut ne pas recevoir le diagnostic de l'« État de stress post-traumatique » – qui peut être la condition d'un dédommagement –, parce qu'elle ne présente pas les six critères prévus dans le DSM. Ainsi, dans une étude irlandaise sur des victimes de viol, 70 % de ces femmes présentaient tous les critères du syndrome, mais environ 80 % des autres femmes – qui n'avaient pas reçu le diagnostic – n'en souffraient pas moins de troubles tels que des souvenirs intrusifs récurrents ou un appauvrissement de la vie affective<sup>44</sup>.

**7. « Des troubles sont absents du DSM ».**

Par exemple, le deuil pathologique n'y figure pas. En l'absence d'une définition consensuelle, les chercheurs qui étudient ce trouble — qui concerne, selon les critères adoptés, de 2 à 11 % des endeuillés — peuvent difficilement comparer leurs résultats<sup>45</sup>.

**8. « Le DSM enferme des personnes dans des catégories ».** En fait, il suffit de lire l'introduction de l'ouvrage pour constater que les auteurs ont mis en garde contre cette regrettable pratique, qui concerne toute classification (Freud parlait toujours de « malade », de « névrosé », d'« hystérique, de « pervers », et non de « personnes présentant des troubles »). Pour cette raison, les auteurs du DSM écrivent par exemple « un individu avec une dépendance alcoolique » ou « avec une perturbation de type schizophrénique », et non « un alcoolique » ou « un schizophrène ». S'il y a bien un mérite que reconnaît au DSM Mme Roudinesco – qui s'acharne à le pourfendre –, c'est celui-là<sup>46</sup>.

**9. « Le DSM est un outil de prescriptions déterminées ».** Cette critique est formulée par Mme Roudinesco : « *La nomenclature du DSM, adoptée par l'OMS, est censée répertorier les troubles psychiques afin de prescrire les traitements*<sup>47</sup> ». En fait, cet outil ne répertorie nullement les troubles « afin de prescrire des traitements ». La préface de la 3<sup>e</sup> édition rappelle clairement que l'objectif essentiel est d'« unifier concepts et terminologie » et nullement de parler de traitements. C'est précisément le reproche formulé par d'autres psychanalystes, comme Valérie Pera-Guillot, lacanienne, qui écrit dans *L'Anti-livre noir de la psychanalyse*, publié par J.-A. Miller : « *Le DSM III hier, le DSM IV révisé aujourd'hui, mais également la CIM 10 de l'OMS privilégient la description minutieuse des symptômes plutôt*

que la recherche et le traitement de la cause. théoriques<sup>48</sup> ».  
Ces systèmes de classification se veulent a-

Le DSM est devenu incontournable. On peut regretter que des professionnels de la santé mentale l'ignorent ou le rejettent, généralement pour de mauvaises raisons, tandis que d'autres en font la Bible de la psychiatrie. Le DSM est actuellement la meilleure catégorisation psychopathologique, mais n'en reste pas moins indéfiniment discutable et amendable.

---

#### NOTES

<sup>1</sup> Veith, I. (1965) *Hysteria. The history of a disease*. University of Chicago Press. Tr., *Histoire de l'hystérie*. Éd. Seghers, 1973, pp. 125, 11955.

<sup>2</sup> Gourevitch, D. (1983) La psychiatrie de l'Antiquité gréco-romaine. In J. Postel & C. Quérel (eds) *Histoire de la psychiatrie*. Privat, p. 13-32.

<sup>3</sup> Ellenberger, H. (1963) Les illusions de la classification psychiatrique. *L'Évolution psychiatrique*, 28 : 221-242. Rééd. in *Médecines de l'âme*. Fayard, 1995, p. 159-181.

<sup>4</sup> Il s'agissait d'un Écossais, Daniel M'Naghten, qui souffrait manifestement d'un délire paranoïaque.

<sup>5</sup> Menninger, K. et al. (1958) The unitary concept of mental illness. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 22 : 4-12.

<sup>6</sup> White, K. (2002) *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. Sage, p. 42.

<sup>7</sup> Pour des citations et les références bibliographiques, voir J. Van Rillaer, *Les illusions de la psychanalyse*. Éd. Mardaga, 1981, p. 64-67.

<sup>8</sup> Cité par M. Borch-Jacobsen & S. Shamdasani (2006) *Le dossier Freud*. Les Empêcheurs de penser en rond/Seuil, p. 406.

<sup>9</sup> « Moral » signifiait ici « psychologique », comme dans cette phrase de Philippe Pinel : « C'est souvent moins par les médicaments que par des moyens moraux et surtout par une occupation active qu'on peut faire diversion aux idées tristes des mélancoliques » (*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris : Brosson, 2e éd., 1809, p. 348).

<sup>10</sup> Pour l'exposé du cas, voir J. Bénesteau (2002) *Mensonges freudiens*. Mardaga, p. 279-285 ou M. Borch-Jacobsen (2011) *Les patients de Freud*. Éd. Sciences Humaines, p. 133-147.

<sup>11</sup> *Eine Kindheits Erinnerung des Leonardo da Vinci* (1910), G.W., VIII, p. 165. Tr., PUF, *Œuvres complètes*, 2009, X, p. 121.

<sup>12</sup> *Abriss der Psychoanalyse* (1940) G.W., XVII p. 71. Tr., *Œuvres complètes*, PUF, 2010, XX, p. 238.

<sup>13</sup> Gessain, R. (1956) Le vagin denté. *La Psychanalyse. Revue de la Société française de psychanalyse*, 2 : 316-318.

<sup>14</sup> *Sexual Neurasthenia (Nervous Exhaustion)*. New York : Treat, 1884. Tr., *La neurasthénie sexuelle*. L'Harmattan, 1999.

<sup>15</sup> « Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que "névrose

d'angoisse" » (1895). Tr., *Œuvres complètes*, PUF, III, p. 29-58. Freud ne changera pas d'avis. La dernière fois qu'il abordera la question (en 1925, dans son *Autoprésentation*), il écrira que le facteur étiologique de la névrose d'angoisse est « *le coitus interruptus, l'excitation frustrée ou la continence sexuelle* » et, dans le cas de la neurasthénie, « *la masturbation excessive et les pollutions accumulées* » (G.W., XVI, p. 49. Tr., *Œuvres complètes*, PUF, XVII, p. 72).

<sup>16</sup> Pour une histoire bien documentée sur le « trouble personnalité multiple » : Spanos, N. P. (1996) *Multiple identity and false memories : A sociocognitive perspective*. American Psychological Association. Trad., *Faux souvenirs et désordre de la personnalité multiple. Une perspective sociocognitive*. De Boeck, 1998, 410 p. — Pour une analyse historique et épistémologique des troubles mentaux : Borch-Jacobsen, M. (2013) *La Fabrique des folies*. Éd. Sciences Humaines, 360 p.

<sup>17</sup> *Dissertatio epistolaris ad Gulielmun Cole* (1682). Cité in Postel, J. & Quétel, C. (1983) *Histoire de la psychiatrie*. Privat, p. 402.

<sup>18</sup> C'est ainsi que Freud interprète la réaction de sa patiente Dora. Alors qu'elle avait 14 ans, un ami de son père a essayé de l'embrasser en la serrant contre lui. Elle avait ressenti du dégoût. Diagnostic du Dr. Freud : « *Le comportement de cette enfant de 14 ans est déjà complètement et totalement hystérique. Je tiendrai sans hésiter pour une hystérique toute personne chez qui une occasion d'excitation sexuelle provoque principalement ou exclusivement des sentiments de déplaisir* ». *Fragment d'une analyse d'hystérie* (1905). Tr., *Œuvres complètes*, PUF, VI, p. 208.

<sup>19</sup> *DSM-I*. Washington : American Psychiatric Association, 1952, p. VI.

<sup>20</sup> Beck, A. et al. (1967) Reliability of psychiatric diagnoses. 2 : A study of consistency of clinical judgments and ratings. *American Journal of Psychiatry*, 119 : 351-357.

<sup>21</sup> Kendell, R. et al. (1971) Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 1971, 25 : 123-130.

<sup>22</sup> *DSM-IV-TR* (2000). Tr., Paris : Masson, 2003, p. 517.

<sup>23</sup> Pour des détails sur les débats houleux au sein de l'APA, voir Malick Briki (2009) *Psychiatrie et homosexualité*. Presses Universitaires de Franche-Comté, 234 p.

<sup>24</sup> Pour des détails, voir par exemple M. Bourgeois (1988) La mise en pièces de l'hystérie dans la nosographie contemporaine, *Annales Médico-Psychologiques*, 1988, 146 : 552-562.

<sup>25</sup> *Wege der psychoanalytischen Therapie* (1919). Tr., Les voies de la thérapie psychanalytique. In *Œuvres complètes*, PUF, XV, p. 106.

<sup>26</sup> Par exemple Solomon Asch (1946) Forming impressions of personality. *Journal of Abnormal and Social Personality*, 41 : 258-290. — Pour une revue d'ensemble : Lilienfeld, S. et al. (2010) *50 great myths of popular psychology*. Wiley-Blackwell, chap. 37.

<sup>27</sup> Par exemple Erving Goffman (1963) *Stigma*. Prentice-Hall. Trad., *Stigmate*. Éd. de Minuit, 1975, 180 p.

<sup>28</sup> Fonagy, P., Roth, A. & Higgitt, A. (2005) Psychodynamic psychotherapies : Evidence-based practice and clinical wisdom. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 69 : 1-58.

<sup>29</sup> *Abriss der Psychoanalyse* (1940), G.W., XVII, p. 109. Tr., *Abrégé de psychanalyse. Œuvres complètes*. PUF, XX, p. 277.

<sup>30</sup> Les comportementalistes, depuis la parution de *Learning foundations of behavior therapy* (Éd. Wiley, 1970,

642 p.) de F. Kanfer & J. Plillips (ouvrage qui fut leur principal manuel de référence pendant une dizaine d'années) tiennent compte de six variables : les trois composantes du comportement (les cognitions, les affects, les actions) et trois déterminants essentiels : les stimuli, les conséquences des comportements et l'état de l'organisme. Pour une présentation récente de l'analyse comportementale : J. Van Rillaer (2013) *La nouvelle gestion de soi*. Éd. Mardaga, p. 67 à 174.

<sup>31</sup> La recherche *compulsive* d'excitation sexuelle par le frottement contre des personnes non consentantes dans des transports publics bondés.

<sup>32</sup> Cf. McNally, R. (2011) *What is mental illness ?* Belknap Press of Harvard University Press, p. 38.

<sup>33</sup> Vandereycken, W. & van Deth, R. (2006) *Psychiaters te koop ?* [Psychiatres à vendre ?]. Antwerpen – Apeldoorn : Garant, p. 8.

<sup>34</sup> Par exemple, dans un ouvrage de 272 pages sur la phobie sociale, les psychiatres C. André & P. Légeron consacrent cinq pages aux psychotropes, en soulignant leurs inconvénients (*La peur des autres. Trac, timidité et phobie sociale*. Odile Jacob, 1995).

<sup>35</sup> Expression popularisée par Christina Sommers et Sally Satel (*One nation under therapy. How the helping culture is eroding self-reliance*. St. Martin's, 2005, 310 p.), qui déplorent que la multiplication inconsidérée de psychothérapies mine la responsabilité, l'autonomie et la résilience de beaucoup d'Américains.

<sup>36</sup> *The Loss of Sadness : How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford University Press, 2007, 312 p. Tr., *Tristesse ou dépression ? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses*. Mardaga, 2010, 378 p.

<sup>37</sup> *Le Nouvel Observateur*, 1er avril 2010, « La révolution de l'intime », p. 30-31.

<sup>38</sup> Cf. *DSM-III-R*. Tr., Masson, p. XXV.

<sup>39</sup> *Mini-DSM* (1994). Tr., Paris : Masson, 1996, p. 208.

<sup>40</sup> Jules Romains (1924) *Knock ou Le triomphe de la Médecine*. Gallimard, Acte I.

<sup>41</sup> *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (1905) G.W., V, p.. Tr., *Œuvres complètes*, PUF, 2006, VI, p. 59-181.

<sup>42</sup> *Gesammelte Werke*, XIV, p. 109. Trad., *Œuvres complètes*, XVII, p. 134.

<sup>43</sup> *Abriss der Psychoanalyse* (1940) G.W., XVII, p. 125. Tr., *Œuvres complètes*, PUF, 2010, XX, p. 293.

<sup>44</sup> Bownes, I. T. et al. (1991) Assault characteristics and posttraumatic stress disorders in rape victims. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 83 : 27-30.

<sup>45</sup> Pour une discussion des critères du deuil pathologique, voir Alain Sauteraud (2012) *Vivre après ta mort. Psychologie du deuil*. Odile Jacob p. 206 à 216.

<sup>46</sup> *Pourquoi la psychanalyse*. Fayard, 1999, p. 57.

<sup>47</sup> *Le Nouvel Observateur*, 1er avril 2010, op. cit., p. 30.

# VOSGES Matin.fr

<http://www.vosgesmatin.fr/actualite/2013/05/13/sommes-nous-tous-des-malades-mentaux>

13/05/2013

SANTÉ / POLÉMIQUE SUR LE MANUEL STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX QUI SERA PUBLIÉ LE 18 MAI

## Sommes-nous tous des malades mentaux ?

Photo DL/Marc GREINER



La classification américaine des maladies mentales, le DSM, est devenue la « bible » psychiatrique. Mais sa cinquième édition, le DSM-V, déclenche un tollé en France. Un psychiatre évoque « une fabrique des fous ». *On a assisté à l'explosion du nombre de pathologies en 30 ans : de 145 à 410.*

Vous éprouvez toujours une profonde tristesse 15 jours après le décès de votre mère ? Vous souffrez de deuil pathologique.

Votre cave déborde d'objets inutiles ? C'est à cause d'un « trouble d'accumulation compulsive » ou « syllogomanie ». Quant au petit dernier, que la maîtresse trouve trop agité en classe et qui vous fatigue car il court partout en criant, il est évidemment atteint d'un trouble de l'attention avec hyperactivité ! Ces caricatures de diagnostics ne relèvent pas du Dr Knock mais pourraient être tirés du nouveau DSM, à en croire ses détracteurs. Devenu la « bible » psychiatrique, ce Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, dont la cinquième édition sera publiée par l'Association américaine de psychiatrie le 18 mai, est l'objet de multiples attaques. La principale concerne l'explosion du nombre de pathologies, passées de 145 à 410 en 30 ans, et l'apparition de nouveaux troubles contestables.

Avec le DSM-V (la 5<sup>e</sup> édition), les allergiques s'abstiendront de tout grattage de peau « compulsif » sous peine de se voir taxer de « dermatillomanie » ou « trouble d'excoriation compulsive ».

### Deuil pathologique

Quant au « trouble dysphorique prémenstruel », il donnera des arguments à ceux qui sont persuadés que l'humeur des femmes varie avec leur cycle... D'autres pathologies voient leur seuil abaissé : « Douze accès de gourmandise en trois mois constituent un trouble de l'hyperphagie »,

cite Patrick Landman, dans *Tristesse Business* (1). Ce psychiatre-psychanalyste, fondateur du mouvement Stop DSM, juge aussi abusifs les critères du « trouble de dérégulation de l'humeur explosive » chez des enfants colériques. Mais c'est la notion de deuil pathologique qui choque le plus. En 1980, le DSM n'évoquait pas de durée ; en 1994, il estimait qu'au bout de deux mois d'une tristesse profonde persistante, la personne tombait dans le « deuil pathologique ». Le DSM-V évoquerait une durée de deux semaines.

« Cela n'a aucun sens. Le deuil n'est pas une maladie. Il fait partie de la vie humaine. Et pourquoi pas la naissance, la rentrée ou le mariage ? », commente le Pr Jean-Louis Terra. « À trop multiplier les maladies mentales, on va perdre l'essentiel », juge ce psychiatre lyonnais, tout en soulignant « une demande croissante faite à la psychiatrie » pour le deuil, le mal-être, les douleurs inexplicables...

### « Une fabrique de nouveaux fous »

D'autres critiques touchent à la nature du DSM. Il se veut « athéorique » et ses partisans saluent sa simplification (moins de catégories) et sa prudence. Mais ses détracteurs dénoncent une approche trop comportementaliste et biologiste. On ne peut pas classer les maladies mentales comme on classe les maladies somatiques, expliquent-ils. « À vouloir se passer de toute interprétation subjective de l'investigateur et de toute subjectivité du patient pour objectiver les faits, uniquement les faits, le DSM représente une régression académique », estime le Dr Maurice Corcos (2), qui met aussi en garde contre les différences entre la culture anglo-saxonne et européenne. Mais les Américains ne l'épargnent pas non plus : des chercheurs en santé publique déplorent qu'il ne tienne pas compte des influences sociales sur la santé mentale. Pour toutes ces raisons, le Dr Landman n'hésite pas à dire que « le DSM a mis au point une fabrique de nouveaux fous ».

(1) *Éditions Max Milo, 12 euros.* (2) *L'homme selon le DSM, chez Albin Michel, 20 €*

Sylvie MONTARON

## VOSGES *Matin.fr*

<http://www.vosgesmatin.fr/actualite/2013/05/13/la-science-decouvre-des-maladies-le-dsm-en-invente>

13/05/201

### *La science découvre des maladies, le DSM en invente !*

Entrevue avec Patrick Landman, Psychiatre, fondateur de Stop-DSM



#### *Selon vous, le DSM a subi des dérives ?*

La version III a été accueillie avec enthousiasme. À l'époque, on pensait qu'on allait trouver des raisons génétiques à tout. Mais on a été déçus par la science, on n'a aucun marqueur biologique. Chez beaucoup de schizophrènes, il y a une modification du lobe temporal supérieur mais ça ne veut pas dire que c'est la cause de la maladie : on a trois fois plus de chances d'être schizophrène si on a subi des abus sexuels.

#### *Vous dénoncez l'inflation des pathologies...*

La science découvre des maladies, le DSM en invente. Cette inflation et l'abaissement des seuils ont déclenché des épidémies de bipolaires et d'hyperactifs. On perd de vue la norme. Il n'y a plus de repère. Du coup, il y a beaucoup de « faux positifs ». On est tous bipolaires, ce sont les excentricités de la vie ! C'est un argument marketing vendu par les laboratoires, pas scientifique. Avec le DSM, on psychiatrise tout ; on mélange les problèmes sociaux, éducatifs, culturels. Un enfant noir américain défavorisé, vivant dans un logement exigu à 7 fois plus de chances d'être diagnostiqué hyperactif. Il y a de vrais enfants hyperactifs mais notre seuil de tolérance a aussi baissé. La réponse est inadaptée et dangereuse : la Ritaline peut avoir des effets sur la croissance. On est dans le mensonge par rapport aux médicaments : un antipsychotique ne tue pas la psychose comme un antibiotique tue les microbes.

#### *Votre but n'est-il pas le retour en force de la psychanalyse ?*

La psychanalyse est une méthode pour écouter mais on ne soigne pas un autiste avec. La classification française était trop axée sur la psychanalyse mais dans l'édition 2012 son empreinte est moins forte et on tient compte des usagers. On est passé d'un extrême à l'autre, il faut un équilibre. Il existe plusieurs classifications.

*Recueillis par S. M.*

## VOSGES *Matin.fr*

<http://www.vosgesmatin.fr/actualite/2013/05/13/une-bible-trop-exploitee>

13/05/2013

### *Une bible trop exploitée !*

Accueilli avec enthousiasme en 1980, car il permettait aux psychiatres de parler la même langue, le DSM est devenu « la bible » de la psychiatrie. Mais pour le Dr Maurice Corcos, il a « été détourné de sa fonction de classification nosologique et d'outil de recherche et de plus en plus utilisé pour poser des diagnostics et servir de guide pour l'enseignement et bientôt pour la tarification des actes ». Responsable des élèves de 5<sup>e</sup> année à la faculté de médecine de Lyon-est, le Pr Jean-Louis Terra reconnaît que certains enseignants ont trop recours au DSM. : « C'est un risque. Le DSM est plutôt bien fait et riche en critères. Il a un côté séducteur en disant : voici l'essentiel. Mais ce ne doit pas être un manuel d'enseignement et c'est une erreur de dire que c'est un manuel de psychiatrie. Il décrit la maladie en statique pas en dynamique ». L'assurance-maladie a tiré du DSM un « guideline » pour aider les médecins généralistes à diagnostiquer les dépressions. Si pour le Pr Terra, c'est important de leur rappeler les critères de cette maladie, le Dr Patrick Landman y voit, lui, un « élargissement du marché » pour les laboratoires. Selon une étude de la Drees, deux tiers des médecins généralistes prescrivent des antidépresseurs, associés pour la moitié à une psychothérapie quand ils sont confrontés à un patient dépressif.

*S. M.*

-30-

## Midi Libre

<http://aujourd'hui.midiblogs.com/mondialisation/>

Psychiatrie / Vendredi 10 mai 2013

### *Tour du monde de la folie*

Lu sur <http://www.letemps.ch/Page/Uuid/ff32f62c-b8c2-11e2-89b6-638e06aa0196>

Lucia Sillig

Les troubles mentaux varient d'une culture à l'autre. Avec une bible mondiale de la psychiatrie rédigée aux États-Unis, ne risque-t-on pas d'américaniser la folie?

Chez les Wolofs, au Sénégal, il n'y a pas de démence sénile. Juste des réincarnations qui arrivent un peu trop tôt et font qu'un nouveau-né se retrouve dans le corps d'un vieillard. Au Congo, en lingala, l'anxiété se traduit par une étrange sensation de vibration, «comme une branche qu'un oiseau vient de quitter». Quant aux Coréens, ils ne parlent plus de schizophrénie mais de problèmes d'accordage du cerveau, semblables à ceux qu'on peut avoir avec un vieux piano récalcitrant.

Les troubles mentaux, ou du moins les mots pour en parler, varient d'une culture à l'autre. Pourtant, les psychiatres du monde entier utilisent – notamment dans la recherche et l'enseignement – un ouvrage rédigé par des experts américains: le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), dont la cinquième édition sort la semaine prochaine. Au risque d'américaniser la folie? Le point avec Norman Sartorius, ancien responsable de la division Santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé et consultant externe pour le DSM-V.

**Le Temps: Le «DSM-V» définit les contours de la santé mentale. Est-ce que cette frontière bouge beaucoup d'une culture à l'autre?**

**Norman Sartorius:** Les grandes maladies mentales, comme la schizophrénie, la dépression majeure ou la démence, existent partout. Pour la schizophrénie, on a une incidence – soit le nombre de nouveaux cas par année – qui est la même à peu près n'importe où dans le monde. La prévalence – le nombre total de cas à un moment donné – varie, elle, parce que les chances de survie ne sont pas les mêmes dans tous les pays. Il y a eu quelques doutes sur la démence. Certains experts disent qu'elle est plus rare en Afrique, mais on manque de preuves solides pour étayer cette thèse. Quant à la dépression, du temps des colonies, on croyait que cette maladie n'affectait que les Blancs d'Europe. Mais, avec la décolonisation, on s'est rendu compte que ça n'était simplement pas considéré comme un motif de consultation valable pour les populations locales. En général, je dirais que les maladies graves en psychiatrie ont une similarité remarquable d'une culture à l'autre, c'est pour des troubles plus légers qu'il y a des variations.

**– Par exemple?**

– L'arachnophobie, notamment, est beaucoup plus répandue en Angleterre qu'elle ne l'est en Inde. Il y a aussi le koro, ce syndrome où la personne a l'impression que son pénis ou ses seins vont se rétracter. Souvent, elle y accroche des objets pour empêcher qu'ils ne puissent rentrer dans le corps. On observe surtout ce trouble à Singapour ou en Malaisie. Mais il y a aussi de rares cas ailleurs. Je suis convaincu que toutes les maladies existent partout, c'est la fréquence qui varie d'une culture à l'autre.

**– Il y a aussi des différences dans ce qui est considéré comme pathologique ou non.**

– Effectivement. Jusque dans les années 70, l'homosexualité était inscrite au DSM et il y a encore plusieurs pays, dans le monde arabe notamment, où on estime qu'il s'agit d'une maladie. Il y avait aussi dans la classification officielle indonésienne un diagnostic pour les clochards, qu'il fallait mettre en hôpital psychiatrique pour les soigner.

**– N'y a-t-il pas des gens qui passent pour fous ici et pas ailleurs?**

– La démence sénile, par exemple, n'est pas considérée comme une maladie chez les Wolofs, au Sénégal. Ils pensent qu'à la fin de leur vie les hommes renaissent. De temps à autre, un individu renaît trop tôt, et un nouveau-né se retrouve dans le corps d'une personne âgée: il est incontinent, ne veut pas écouter, ne comprend pas ce qu'on lui dit et ne sait pas parler... Mais il est beaucoup plus simple de mobiliser les gens pour aider un enfant qu'un vieux atteint d'une maladie mentale. Sa survie est plus importante. Il y a aussi dans beaucoup de populations d'Afrique ou d'ailleurs l'idée que la maladie mentale est une histoire de mauvais œil, de magie noire. Là encore, les gens se mobilisent plus facilement contre une agression qui vient de l'extérieur, de quelque tribu voisine, que pour un cerveau malade, face auquel ils se sentent peut-être plus désarmés. On observe des systèmes similaires dans différentes cultures: ils justifient le fait d'aider les personnes souffrant de troubles mentaux qui autrement seraient considérées comme des poids pour la communauté.

**– Vous dites que les grandes catégories de maladies mentales se retrouvent partout, mais n'a-t-on pas pensé un moment que la dépression était moins fréquente en Extrême-Orient?**

– Effectivement, une grande étude de l'OMS a montré qu'il y avait moins de gens qui consultaient pour dépression en Chine et au Japon. Surtout si on compare à l'Amérique latine, où il y en a beaucoup. Mais c'est compréhensible: le mot dépression, dans le sens où nous l'entendons, n'existe par exemple pas en chinois. Si on adapte les mots et la manière de poser des questions, d'aborder l'entretien avec un malade, la différence disparaît.

**– Donc les troubles sont les mêmes, mais la façon d'en parler varie?**

– Absolument. Par exemple, chez nous, le mot anxiété vient d'une racine très ancienne, *Ang*, qui veut dire très étroit. On se sent comprimé, dans un état où on ne peut pas bouger. Ce concept d'étroitesse n'est pas présent chez les Iraniens, qui se réfèrent plutôt à un problème lié à leur cœur.

Quant aux Africains qui parlent lingala, ils vont vous décrire quelque chose qui vibre en eux, comme une branche qu'un oiseau vient de quitter. Le phénomène psychologique est le même en Europe, en Iran ou au Congo, c'est la façon de le décrire qui change.

**– Le nom que l'on donne à une maladie joue-t-il un rôle important?**

– Oui. Les mots que l'on utilise pour un diagnostic sont souvent très stigmatisants. Prenez la schizophrénie, qui a été nommée pour la première fois en Suisse au début du XXe. A l'époque, c'était la mode d'utiliser le latin ou le grec pour donner des noms aux maladies. Ce qui fait qu'il n'y a aujourd'hui plus que les Grecs qui comprennent ce que ces noms signifient. Tous les autres les utilisent sans savoir. Mais au Japon, en Chine ou en Corée, ils doivent être traduits dans la langue locale. Schizo veut dire cassé, fendu, et phrène esprit, cerveau. C'est très difficile de dire à un malade qui demande son diagnostic: vous avez le cerveau cassé, ça n'est pas tellement acceptable. Au Japon, il n'y avait donc qu'une proportion minime de médecins qui communiquaient leur diagnostic aux patients. Les autres s'en sortaient en disant qu'il s'agissait d'une maladie compliquée. Mais un mouvement issu des associations de malades, de leurs proches et de médecins a fait changer le nom de la maladie. Le nouveau terme veut dire quelque chose comme «désordre de la coordination de la pensée», c'est beaucoup plus acceptable parce que ça correspond à ce que les malades ressentent.

**– Est-ce que ça a débloqué la situation?**

– La communication du diagnostic au patient est passée de 6 à 75% des cas. En s'inspirant de cette idée, les médecins coréens tentent d'aller plus loin. Depuis peu, ils essaient d'introduire pour la schizophrénie un nouveau nom qui signifie «problèmes d'accordage de la pensée», comme pour un piano désaccordé. Là aussi, les patients reconnaissent qu'ils n'arrivent plus à accorder leurs pensées comme avant et acceptent mieux le diagnostic. C'est très important parce que cela sert de base pour avoir un échange entre le malade et le médecin qui permet de se mettre d'accord sur un traitement.

**– C'est crucial?**

– Lorsque le malade comprend ce qui se passe, il peut participer au processus de traitement. Sinon, cela revient à lui donner des ordres, qu'il ne va pas bien suivre. Ce contrat entre le patient et le médecin est aujourd'hui devenu la base du traitement de n'importe quelle maladie.

**– Si les mots utilisés pour poser un diagnostic sont si importants, n'est-il pas problématique que des psychiatres du monde entier se basent sur un manuel rédigé aux États-Unis?**

– C'est le risque général de la globalisation. Vous avez une langue très forte qui s'utilise partout et pour tout. Cela dit, son influence se fait surtout sentir dans le domaine de la recherche. Et, pour surmonter le fait que chaque patient est différent, dans le DSM chaque diagnostic est accompagné d'une description qu'on appelle opérationnelle, une liste de symptômes. Si le malade en réunit un

---

certain nombre, on peut dire que son trouble correspond au diagnostic. Cela a été introduit dans le DSM-III en 1980. C'était révolutionnaire, parce que pour la première fois on essayait de donner un aspect quantifiable et comparable à l'état des patients.

-30-

---

## LE TEMPS

[http://www.letemps.ch/Page/Uuid/b9748a5a-b5a3-11e2-abed-bb9758babf60/Le\\_poids\\_du\\_diagnostic\\_psychiatrique#.UZP\\_5qJWySp](http://www.letemps.ch/Page/Uuid/b9748a5a-b5a3-11e2-abed-bb9758babf60/Le_poids_du_diagnostic_psychiatrique#.UZP_5qJWySp)

### *Le poids du diagnostic psychiatrique*

Lundi 06 mai 2013

Lucia Sillig

Le diagnostic peut peser mais aussi soulager. C'est un outil à fonctions multiples: communicationnelle, légale, financière. Les enjeux économiques qui l'accompagnent enveniment le débat

Un diagnostic psychiatrique, ça pèse lourd. Mais pas seulement pour la personne qui le porte. Les enjeux humains, financiers ou légaux expliquent l'ampleur de la bataille qui se joue autour de la révision du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM).

Définir un diagnostic est un exercice délicat dans n'importe quelle branche de la médecine. Il faut mettre la réalité dans des boîtes bien séparées et la réalité n'aime pas se prêter à ce genre d'acrobaties. En médecine somatique, au moins, on peut se mettre d'accord sur des paramètres mesurables, comme la tension ou le taux de sucre dans le sang. «Les limites sont établies par votre corps, relève Wulf Rössler, professeur émérite à l'Université de Zurich. En psychiatrie, il n'y a rien à mesurer. Nous nous basons sur ce que les gens nous rapportent. Les diagnostics psychiatriques sont des définitions établies par des experts qui peuvent changer parce que les frontières sont arbitraires.» Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la Revue médicale suisse, se pose la question de savoir si catégoriser les troubles psychiques comme on le fait pour les troubles somatiques a un sens.

«Le diagnostic est censé permettre au thérapeute de mieux savoir comment prendre en charge son patient», souligne Pierre Bovet, médecin-chef au Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). Wulf Rössler est à cet égard très pessimiste: «Ce serait merveilleux si le diagnostic vous renseignait sur le patient, sur l'origine de la maladie et comment elle doit être

traitée, mais ce n'est pas le cas en psychiatrie.»

### Outil de communication

Quoi qu'il en soit, le diagnostic a plusieurs autres fonctions. «La première est à mon avis de permettre aux psychiatres de communiquer, d'avoir un langage commun, notamment pour la recherche», estime Bertrand Kiefer. Parler la même langue est aussi essentiel dans l'enseignement. Et puis, le diagnostic est aujourd'hui un outil de communication avec le patient.

«Cet aspect a beaucoup évolué au cours des vingt-cinq dernières années, commente Madeleine Pont, présidente du Graap-Association (Groupe d'accueil et d'action psychiatrique). A l'époque, on ne disait pas à quelqu'un qu'il souffrait de schizophrénie, parce que l'on pensait que ça allait aggraver sa maladie. Or la plupart des patients veulent savoir de quoi ils souffrent. Ils ne veulent pas simplement obéir à leur médecin mais être acteurs de leur traitement. Cela les responsabilise aussi. Lorsqu'un malade, ainsi que son entourage comprennent de quoi il retourne, qu'ils connaissent le sens et le but d'une thérapie, celui-ci a plus de chance de trouver le chemin de la réhabilitation.»

«C'est aussi important de pouvoir mettre un nom sur ce qui fait qu'on se sent différent ou mal dans sa vie», commente Madeleine Pont. On se sent parfois soulagé, moins seul. «D'autant que les patients atteints de troubles psychiques sont souvent considérés comme des parasites. Le fait de pouvoir dire «je ne suis pas un fainéant, je souffre d'une maladie reconnue» justifie de ne pas réussir à vivre comme les autres.»

«Le revers de la médaille, ce sont les stigmates qui accompagnent toujours un diagnostic, relève Wulf Rössler. Il faut évaluer ce qu'on y gagne à l'aune du poids qu'il va dorénavant falloir porter.» Outre les conséquences sur le regard des autres ou même l'image qu'on se fait de soi, un diagnostic psychiatrique peut rendre la recherche d'un emploi ou même, dans certains pays comme les États-Unis, d'une assurance maladie encore plus compliquée.

### Enjeux financiers

Mais il est aussi devenu nécessaire ailleurs. «Notre système de société consomme de plus en plus de diagnostics psychiatriques, note Bertrand Kiefer. Dans le domaine juridique, dans celui des assurances sociales ou pour le remboursement d'un traitement.» C'est sur cette base qu'on détermine si quelqu'un est pénalement responsable ou a droit à une rente invalidité. Aux États-Unis, il faut qu'un diagnostic soit établi d'après le DSM pour qu'un enfant ait droit à un soutien scolaire ou que l'assurance couvre les frais de traitement. «En Suisse, on n'en est pas là, note Pierre Bovet. Les praticiens sont fortement encouragés à se baser sur le DSM ou la Classification internationale des maladies. Mais si vous ne voulez pas le faire, il vous reste encore une marge de manœuvre pour argumenter.»

---

Le diagnostic justifie aussi l'administration de médicaments. En Suisse, ceux-ci ne représentent qu'une faible part des dépenses en matière de santé mentale. Mais aux Etats-Unis, un des seuls pays au monde à autoriser la publicité des produits pharmaceutiques directement auprès du consommateur, le marché des neuroleptiques pèse 16 milliards de dollars par année, celui des antidépresseurs 11 milliards. Pas de quoi alléger le débat.

-30-

---

## Midi Libre

<http://aujourd'hui.midiblogs.com/mondialisation/>

10/05/2013

### *Êtes-vous devenu fou ?*

Lu sur : <http://www.letemps.ch/Page/Uuid/b9fce74c-b5a3-11e2-abed-bb9758babf60/Êtes-vous-devenu-fou>

Psychiatrie / Lundi 6 mai 2013

Lucia Sillig

**Le nouveau manuel de diagnostic psychiatrique américain sort la semaine prochaine. Il redéfinit les frontières de la santé mentale. La norme est en train de passer du côté du pathologique. Enquête sur les apports et les dangers de cette bible de la médecine mentale.**

C'est le moment de s'interroger sur sa santé mentale. La cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique américain des troubles mentaux (DSM), la bible mondiale de la psychiatrie, sera publiée la semaine prochaine, au terme d'une révision houleuse. C'est le genre de choses qui arrive lorsqu'on déplace les frontières de la folie. Ses nombreux détracteurs reprochent surtout au DSM-5 de médicaliser des émotions normales, comme le deuil ou les colères infantiles (lire ci-dessous). Mais qui peut dire dorénavant où se situe la norme?

A l'origine, le DSM ne devait être qu'une nomenclature, rappelle Pierre Bovet, médecin-chef au Département de psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (LT du 19.02.2010). C'était d'ailleurs le cas des deux premières éditions. Le DSM-III, publié en 1980, a introduit des critères pour le diagnostic. La plupart des spécialistes s'accordent pour dire que cette révision était nécessaire, pour endiguer une dérive liée à des critères trop lâches. «Le problème, c'est que le DSM est très vite devenu une sorte de manuel de la psychiatrie, poursuit Pierre Bovet. Comme si les

troubles tels qu'ils y sont décrits, sous la forme d'une liste de critères diagnostiques, étaient l'image clinique de la maladie.» Pour lui, cette approche a provoqué un appauvrissement dramatique de la psychopathologie, soit la tentative de comprendre la personne qui souffre et son fonctionnement.

Le DSM est élaboré par l'Association américaine de psychiatrie (APA). Mais son influence s'étend bien au-delà des États-Unis. Les principales revues scientifiques étant anglo-saxonnes, les chercheurs du monde entier doivent se référer au manuel dans leurs publications. Il est aussi utilisé un peu partout dans la pratique. Il existe bien une alternative, la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé, mais son chapitre sur la santé mentale est à peu près calqué sur le DSM.

Allen Frances, professeur émérite de psychiatrie à la Duke University de Durham, en Caroline du Nord, est un des critiques les plus actifs du DSM-5. De passage en Suisse l'automne dernier (LT du 20.11.2012), il prévoyait une pandémie de diagnostics psychiatriques avec la parution du nouveau manuel. Il est assez bien placé pour en parler puisqu'il a participé aux précédentes révisions : «Avec le DSM-IV, en 1994, nous avons créé – ou du moins contribué à créer – plusieurs épidémies.» Aux États-Unis, les cas de troubles bipolaires auraient doublé, ceux d'autisme auraient été multipliés par vingt. Pour le psychiatre, un des principaux défauts de l'édition à paraître du manuel est de médicaliser les «soucis de la vie de tous les jours». Selon des études citées par Allen Frances, 50% des Américains et 43% des Européens remplissent déjà au moins une fois au cours de leur vie les critères correspondant à un diagnostic psychiatrique. Le risque est que le DSM-5 fasse basculer une majorité de la population de l'autre côté de la nouvelle frontière de la santé mentale, tracée par les experts de l'APA.

«Peut-être que si de nombreuses personnes reçoivent un diagnostic psychiatrique, la stigmatisation de ces troubles diminuera, fait valoir Pierre Bovet. Je pense que 100% des individus affrontent une fois au cours de leur vie un diagnostic somatique qui va au-delà de la grippe, sans être pour autant pointés du doigt. Du côté de la psychiatrie, être déprimé est aujourd'hui beaucoup mieux accepté qu'il y a une trentaine d'années, parce que tout le monde a une fois traversé une phase de dépression ou connaît quelqu'un qui en a traversé une.» Pour Wulf Rössler, professeur émérite de psychiatrie sociale à Zurich, il est peut-être temps de reconnaître que les problèmes mentaux font partie de la vie et de la nature humaine.

«Peut-être que ça aidera certains à être plus libres par rapport à leur psychisme, relève Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la Revue médicale suisse. Mais j'ai l'impression que cela dévalorise en même temps le diagnostic de ceux qui souffrent vraiment.» Il estime pour sa part que si plus de 50% de la population correspond à un diagnostic, c'est que l'on psychiatrie des problèmes qui n'ont pas lieu de l'être. Ou alors il faut se poser certaines questions : «Est-ce le fonctionnement de notre société qui est inadéquat? Doit-on revoir notre mode de vie pour viser des existences moins

pathogènes et plus épanouissantes?»

-30-



La plume et le bistouri

*Santé privée-santé publique, regards croisés.*

<http://societe.blogs.liberation.fr/laplumeetlebistouri/>

«*Depuis vingt ans, les maladies mentales restent plutôt stables*»

INTERVIEW : Épidémiologiste et psychiatre, Bruno Falissard n'est pas alarmiste sur le DSM - 5 :

Recueilli par **ÉRIC FAVEREAU**

09/05/2013

Bruno Falissard a un parcours atypique dans le monde de la psychiatrie et de la recherche. Polytechnicien, il fait ensuite sa médecine, devient psychiatre, dans un service plutôt à tendance biologique, puis épidémiologiste. Nommé professeur de santé publique, Il dirige, aujourd'hui une des équipes de recherche les plus importantes en France à la Maison de Solen, à l'hôpital Cochin.

*Peut-on parler de nouvelles maladies mentales, voire des évolutions sensibles ces 20 dernières années dans le paysage de la santé mentale?*

Si l'on prend les grandes maladies, il y a peu de changements. La schizophrénie? C'est stable, peut-être d'ailleurs cela diminue-t-il un petit peu. L'hypothèse de cette baisse renvoie à une meilleure prise en charge des grossesses : meilleure protection contre les virus par des vaccinations, moins de traumatismes du cerveau lors de l'accouchement...

L'anorexie mentale: elle augmente, mais la surprise est que cela augmente beaucoup moins qu'on ne le dit: en écoutant les médias, ou en répondant aux familles, on aurait pu parler d'une explosion. En fait, c'est l'expression publique qui a explosé: les données épidémiologiques font état certes d'une augmentation, mais elle est limitée. L'anorexie n'est pas devenue la maladie du XXI<sup>e</sup> siècle.

*Et les troubles bipolaires? On ne parle plus que de cela....*

Prenons les troubles bipolaires chez l'enfant. On a assisté à un phénomène spectaculaire: en Europe, avant on n'en voyait pas du tout, maintenant on dit qu'il y en a peut-être un peu. Aux USA, cela a été là aussi une explosion, pendant un temps on parlait même plus que de ça. Comment peut-on l'expliquer?

Certains ont mis en avant que les USA n'étaient pas l'Europe, et qu'il y avait beaucoup, outre atlantique, de prescription d'antidépresseurs qui pouvaient provoquer des virages maniaques.

En fait, l'explication me paraît plus culturelle, voire sociétale: les Américains ont une clinique sémiologique, très précise quant au recueil des symptômes alors que la nôtre est beaucoup plus phénoménologique, plus proche du vécu subjectif des patients. Aux USA, à cause des assurances, 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. Il y a une comorbidité dépressive qui est connue. Là, un collègue très proche des symptômes pourra dire: «eh bien regardez, ils ont des troubles bipolaires». Nous n'avons pas le même regard. Il faut dire aussi que certains collègues US ont pensé qu'il y avait là un « coup » à jouer, une découverte historique. Certaines firmes pharmaceutiques ont pu également ajouter leur grain de sel en voyant de nouveaux marchés. Finalement, le soufflé est en train de retomber...

### ***Il n'empêche que l'on parle de plus en plus des enfants super agités?***

Les USA nous ont renvoyé, là aussi, une situation particulière. Dans les congrès, dans les articles, la notion d'enfant « hyperactif » est devenue incontournable à partir des années 1980... Et ils ajoutaient: «En plus il y a un traitement qui marche très bien» et les prescriptions sont monté en flèche à partir des années 1980.

En France, on a répondu qu'un symptôme n'est pas une maladie... On a dit que diagnostiquer un enfant d'hyperactivité est réducteur, on oublie de regarder le contexte et la trajectoire de vie du patient. Néanmoins, il faut être honnête, le traitement médicamenteux peut être très efficace, c'est même parfois très impressionnant. .

Du coup, la machine s'est peut être emballée, aux USA, dans certains états 10% des garçons en fin d'école primaire sont sous Ritaline.

### ***Et en France?***

C'est dix fois moins en France.

### ***Bref, tout cela concourt qu'il y a un risque de surdiagnostic.***

A un moment donné, il faut bien trancher: à partir de quand y a-t-il un trouble, ou n'y en a-t-il pas? C'est compliqué: qu'est ce qui fait qu'il y a un trouble? En France, c'est lorsque quelqu'un sonne à la porte d'un médecin et vous dit «je souffre». Et cela, ce n'est pas le DSM qui décide, c'est le patient. Le problème de l'enfant, c'est qu'il ne vient pas, il est conduit par d'autres, ce sont les autres qui le trouvent malades.

### ***Enfin, les addictions: le boum?***

Non, c'est plutôt l'inverse. En France, nous constatons même une baisse, avec la forte diminution de la consommation d'alcool et de tabac, même si, à côté, il y a l'augmentation au cannabis, et que s'ouvre aussi la question des addictions comportementales, mais ce n'est pas tranché. Donc, une situation

épidémiologique qui va plutôt dans le bon sens.

***Pourtant, donc on évoque, avec les DSM 4 et maintenant 5, une inflation de diagnostic. Avec un risque: tout le comportement humain serait sous la menace d'un diagnostic psychiatrique?***

Soyons prudents, ce n'est pas si caricatural que cela: dans le DSM 5, il devait y avoir, par exemple, l'addiction à l'internet, ils l'ont retiré pour éviter ces considérations complexes sur ce qui est normal et sur ce qui est pathologique. Et puis attention au faux débat: les maladies sont avant tout des concepts de médecin, pas toujours pertinentes pour le patient concerné. Un exemple: en ce moment, peut-être que j'ai une cellule du pancréas entrain de muter et de devenir cancéreuse. Mais voilà, je suis en pleine forme, par définition je ne suis donc pas malade, et cette cellule va peut-être disparaître sous l'action de mon système immunitaire. On peut bien me dire que j'ai une maladie, mais cela reste une pure construction biomédicale.

***Oui, mais à la différence de la santé mentale, en somatique il y a des marqueurs biologiques?***

Pour de nombreuses maladies somatiques, les examens biologiques sont en fait d'un intérêt très limité. Le diagnostic d'une maladie n'est jamais pas aussi simple, ni clair qu'on ne le croit, que ce soit une maladie somatique ou une maladie psychiatrique.

***Dans le DSM5, le seuil pathologique était avant de 3 mois, maintenant de 15 jours. A quoi cela rime?***

A rien. Certains disent que toute souffrance ne doit pas être médicalisée : dans la vie il est normal d'être malheureux, voire de souffrir, par exemple après un deuil ou une rupture sentimentale. Ce serait même un élément essentiel de la vie humaine. D'autres font remarquer que certains sujets endeuillés souffrent terriblement et que, s'ils le souhaitent, il n'y a pas de raison de leur refuser un traitement pour les soulager. Difficile de trancher en fait. Mais ce qui est bien, tout le monde en parle, on en débat.

***Le diagnostic, n'est-ce la fin du sujet?***

Je l'entends beaucoup de la part de mes collègues : une fois que l'étiquette est posée, on oublie la personne qui est derrière. En fait on observe peut être en ce moment le contraire, et curieusement c'est la génétique qui a été le déclencheur. Maintenant, avec les puces à ADN, on est capable de préciser finement les caractéristiques des maladies. Si j'ai un cancer du côlon, je serai peut-être le seul à avoir précisément cette forme de cancer. On parle de médecine personnalisée. Les conséquences vont être très importantes. Un collègue économiste, Claude Lepen dit à ce propos qu' «en ce moment, on observe un échec de la moyenne», avec la médecine personnalisée.

***Qu'est-ce que cela veut dire?***

Nous avons été trop loin dans la médecine, basée sur les preuves. Cette médecine reposant sur des études statistiques, elle concerne en fait un patient moyen. La médecine basée sur des preuves a permis de rationaliser les prises en charges, mais On a conditionné les médecins à penser que derrière leur patient il y avait un cas d'école, un patient moyen. En santé mentale, c'est encore plus lourd, et

encore plus en pédopsychiatrie où il y a toute une famille compte que l'on accueille généralement en consultation. Et la notion de « famille moyenne » est quasiment vide de sens.

En fait, pour dire les choses simplement, le patient moyen n'existe pas. La moyenne, permet de simplifier les problèmes, ce qui peut être utile voire nécessaire, mais en face de vous, vous n'avez jamais de patient moyen. C'était l'histoire de Sarkozy qui voulait repérer les troubles des conduites chez les enfants de trois ans. C'est vrai que statistiquement ces troubles sont liés à des conduites de délinquance bien plus tard. Mais pour un enfant en particulier, on ne peut rien dire...

### ***Vous craignez l'arrivée de ce DSM5?***

Pourquoi avoir peur ? C'est vrai que pour être publié dans de grandes revues internationales, il faut passer par le DSM5, mais c'est plutôt le bon côté, au moins on parle tous de la même chose même si c'est réducteur.

Je vous donne un exemple des limites : prenons le trouble des conduites. Je travaille en lien étroit avec un laboratoire canadien, qui est spécialiste de la violence chez l'enfant et qui étudie beaucoup ce trouble. Et je dis à une consœur: j'ai vu un patient, à ma consultation, il a un évident trouble des conduites, mais il ne frappe que sa mère. Quand même, ce n'est pas rien... Or, quand on dit simplement trouble des conduites, cela passe à travers. On oublie à l'évidence quelque chose d'essentiel, et cela peut être essentiel pour la prise en charge. Or, c'est la prise en charge qui est essentielle, bien plus que le diagnostic.

On ne peut pas prendre en charge cette enfant pour un trouble des conduites, sans prendre en compte qu'il ne frappe que sa mère. Là est le risque: avec le DSM 4 ou 5, vous finissez par croire que tous les patients sont comme dans le manuel. Or, quand on a un patient devant soi, il n'est jamais comme dans le DSM. Bien sûr le DSM a aussi son intérêt, même pour la clinique. Pendant longtemps, en France, nous avons négligés les troubles comportementaux, alors qu'ils posent de réels problèmes dans la vie de tous les jours.

### ***La nouveauté, n'est-ce pas la montée en puissance de l'industrie pharmaceutique?***

Hier, peut-être. Depuis quelques années, il n'y a absolument rien de nouveau, on vit sur ce qui s'est passé, il y a 20 ans. Moi, je préférerais qu'elles soient encore plus présentes. Pour autant que la présence de l'industrie soit trop forte en médecine, c'est évident, et que ce soit les firmes qui évaluent les produits qu'elles vendent, c'est un problème. Mais je n'ai jamais vu une firme inventer une maladie, même si elles peuvent se dire: «Tiens, il y a un coup à jouer».

### ***Oui mais elles vont élargir les indications de leurs médicaments pour agrandir la population cible...***

Pas toujours. En ce moment, je vois plutôt le contraire: elles ciblent des indications très fines, pour entrer dans le paradigme maladie orpheline, en vendant ensuite très cher leur médicament. C'est ce que l'on voit en cancérologie. On va développer un anticancéreux pour un cancer du rein métastaté, en troisième ligne: il y a mille patients par an, mais c'est 50 000 euros l'ampoule.

---

### ***Et la question des causes, est-elle pertinente en psychiatrie? Une cause biologique, génétique, psychique?***

Franchement, c'est une notion qui ne fonctionne pas en psychiatrie. Quand on prend le comportement d'un être humain, ou l'expression de ces émotions, comment établir une cause? De mon point de vue, il y a derrière la notion de cause deux situations bien différentes. La première relève d'une perspective de santé publique: on ne recherche pas réellement les causes, mais l'élément sur lequel agir pour que les gens aillent mieux. Et on dit ensuite, que c'est la cause ... La seconde situation se rencontre en clinique. Des parents viennent, ils me disent mon enfant est hyper actif, mais à cause de quoi? De nous? De la société? Ils ont besoin que je leur raconte une histoire qui donne du sens aux comportements de leur enfant.

#### ***C'est à dire...***

Quand il nous arrive un souci, nous nous demandons toujours ce qui a pu se passer, quels sont les déclencheurs, les responsables. Avec les maladies c'est pareil. En général, en fait, les médecins ne connaissent pas vraiment les causes des maladies, et c'est vrai en particulier en psychiatrie. Mais nous devons tout de même répondre aux demandes de nos patients et des familles. Alors en fonction de ceux que nous avons en face de nous, nous allons chercher ce que raconte les neurosciences, l'épidémiologie ou la psychanalyse. Nous tentons de donner du sens, mais au fond c'est du « storytelling ».

#### ***Et l'importance des gènes?***

Ils jouent, c'est sûr, mais en quoi? Beaucoup de généticiens incitent à être prudent dans ce domaine. Il en est de même d'ailleurs pour tout ce qui est du rôle de la biologie et J'ai pas mal changé à ce propos. J'ai été formé à Robert Debré, dans un service réputé pour son orientation plutôt biologique. Au début, le fonctionnement d'un anti dépresseur me paraissait clair, en fait c'est horriblement compliqué. On le voit bien avec la ritaline: l'enfant est hyperactif et pour le calmer on lui donne une amphétamine, pourquoi? On n'a pas la réponse en 2013.

#### ***Et la psychanalyse?***

Comment le nier? Elle dit des choses, très pertinentes, surtout en pédopsychiatrie. Elle permet de se repérer dans des situations d'entretien difficile. Elle est clouée au pilori en ce moment, c'est une véritable chasse au sorcière. Bien sûr la psychanalyse a été à l'origine d'une grande souffrance chez les parents d'enfants autistes. Mais il ne faut pas pour autant oublier la force de cette théorie.

#### ***L'épidémiologie vous a-t-il appris quelque chose?***

Elle nous aide, elle permet de mettre à plat les problèmes avec une certaine neutralité. Même si ce n'est pas toujours spectaculaire. Elle nous interroge, en tout cas. Par exemple, il y a dix fois plus de filles anorexiques que des garçons, pourquoi? Il y a deux fois plus de femmes déprimées que d'hommes, c'est aussi une question. Le fait qu'il y ait un tout petit peu plus d'hommes schizophrènes que de femmes,

pourquoi? Le fait, par exemple, que les patients schizophrènes, ne sont pas nés de façon égale durant l'année, comment l'expliquer? Est-ce l'hypothèse du virus

Propos recueillis par **Éric Favereau**

-30-



<http://www.la-croix.com/Actualite/France/Les-psychiatres-se-divisent-face-au-DSM-5-nouveau-guide-des-maladies-mentales-2013-05-15-960374>

15/5/13

## *Les psychiatres se divisent face au DSM-5, nouveau guide des maladies mentales*

Le congrès de l'Association américaine de psychiatrie s'ouvre samedi 18 mai à San Francisco dans un climat tendu. Cette association a rédigé le DSM5, un nouveau manuel qui classe les diagnostics des maladies mentales.

Cet ouvrage est critiqué par une partie des psychiatres qui dénoncent le risque de « psychiatriser » et de « médicaliser » certains comportements normaux, comme la tristesse après un deuil.

La planète « psy » est de nouveau en ébullition. Et c'est sur un ton solennel que plusieurs de ses représentants dénoncent un mouvement, venu des États-Unis, qui risque selon eux de « psychiatriser » divers comportements relevant de la plus parfaite normalité. Avec pour principale réponse thérapeutique la délivrance de médicaments psychotropes plutôt que l'écoute de la personne.

« Ce n'est pas une querelle d'experts. L'enjeu est de savoir si nous voulons une société qui "fabrique" des fous et étiquette comme maladies mentales certaines réactions normales comme la tristesse après un deuil », affirme le docteur Patrick Landman, psychiatre et psychanalyste, à la pointe de ce mouvement de contestation.

« Cette inquiétude se fonde sur des constats souvent fallacieux et surfe sur la théorie très en vogue du grand complot de l'industrie pharmaceutique qui inventerait de nouvelles maladies pour vendre des médicaments », répond Pascal Diethelm, un ancien fonctionnaire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

### **« PERMETTRE À LA PSYCHIATRIE MONDIALE D'AVOIR UN LANGAGE COMMUN »**

Ce débat se cristallise autour du DSM-5, la nouvelle version d'un manuel rédigé par l'Association américaine de psychiatrie (APA) qui ouvre son congrès samedi 18 mai à San Francisco. Parfois présenté

comme la « référence » de la psychiatrie mondiale, ce Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, qui en est à sa cinquième version, doit sortir le 22 mai. Édité pour la première fois en 1952, son objectif était au départ d'harmoniser les diagnostics à l'échelle de la planète.

« Certains travaux avaient montré que le diagnostic de schizophrénie en Angleterre n'avait rien à voir avec celui en vigueur aux États-Unis. On ne parlait pas toujours des mêmes malades », explique le professeur Viviane Kovess-Masfety, psychiatre, épidémiologiste et enseignante à l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

« L'avantage de ces classifications, c'est de permettre à la psychiatrie mondiale d'avoir un langage commun », souligne Bernard Granger, professeur de psychiatrie à l'hôpital Tarnier à Paris. « Mais le DSM a un inconvénient, celui de faire entrer les sujets dans des cases et, parfois, d'entraîner des diagnostics figés à un moment donné, sans tenir suffisamment compte de l'histoire et de l'environnement du patient », ajoute-t-il.

### **UN RISQUE DE « DÉSHUMANISATION » DE L'HOMME ET DE LA MÉDECINE**

Dans sa première version, le DSM répertoriait 60 troubles mentaux. « Aujourd'hui, le DSM-5 en recense plus de 350 », constate le docteur Landman, qui considère que cette inflation risque d'entraîner des diagnostics erronés. « On peut citer le cas des personnes qui vivent un deuil, explique ce médecin. Certaines peuvent présenter divers symptômes: tristesse, perte d'appétit, troubles du sommeil, sentiment de culpabilité... La version 4 du DSM estimait que ces symptômes devenaient pathologiques s'ils se prolongeaient au-delà de deux mois. Désormais, avec le DSM-5, le délai est juste de 15 jours. Une personne qui a perdu un être cher pourra donc être considérée comme faisant un épisode dépressif majeur si elle continue à être triste au bout de deux semaines. Alors qu'elle est juste normalement endeuillée. »

Le docteur Landman cite d'autres exemples. « Le DSM-5 crée un nouveau trouble du comportement alimentaire: l'hyperphagie, que l'on pourra diagnostiquer chez toute personne ayant un accès de gourmandise par semaine. De la même manière, on pourra ranger dans les troubles mentaux le fait pour un enfant d'avoir trois crises de colère par semaine ou, pour une personne âgée, d'avoir de temps à autre des petits oublis de mémoire. »

Une inquiétude partagée par le professeur Maurice Corcos, chef du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte à l'Institut mutualiste Montsouris. « En voulant délimiter le normal et le pathologique, on ne cesse d'élargir les catégories de la maladie mentale », estime ce spécialiste, qui dénonce un risque de « déshumanisation » de l'homme et de la médecine.

### **LE DSM-5 NE RECOMMANDE PAS DE TRAITEMENTS**

De leur côté, les défenseurs du DSM-5 réfutent l'idée d'une hégémonie de la psychiatrie américaine sur le reste du monde. « Tous les comités ayant travaillé sur le manuel comprenaient un expert international », explique le professeur Kovess-Masfety, tout en dénonçant certaines « contre-vérités » avancées par les opposants. « Il peut arriver que des personnes développent d'authentiques

dépansions après la perte d'un proche, dit-elle. Et dans ce nouveau manuel, il y a en fait tout un chapitre qui explique précisément la différence entre les symptômes normaux du deuil et ceux d'un épisode dépressif majeur. Le but est bien d'éviter de faire la confusion. »

Le professeur Kovess-Masfety met aussi en avant le fait que le DSM-5 ne recommande pas de traitements. « C'est juste un outil de diagnostic qui n'empêche pas le médecin de garder son libre arbitre et de ne pas prescrire un médicament s'il estime que cela n'est pas justifié. »

Un argument qui ne convainc pas le professeur Corcos. « En France, la formation initiale des médecins à la psychiatrie reste largement sous l'influence du DSM, affirme-t-il. Et il ne faut pas oublier que 80 % des psychotropes sont prescrits par des généralistes qui sont très sollicités par les laboratoires pharmaceutiques dont les études sont faites avec les classifications issues de ce manuel. »

### **LES LABORATOIRES UTILISENT CE MANUEL POUR S'ADRESSER AUX CONSOMMATEURS**

Dans leur combat, les « antis » ont trouvé un allié de poids en la personne du docteur Allen Frances, un psychiatre américain qui a dirigé les travaux ayant abouti, en 1994, à la publication du DSM-4. Aujourd'hui, ce spécialiste multiplie les mises en garde, insistant notamment sur l'utilisation faite de ce manuel par les laboratoires. Il rappelle que, trois ans après sa sortie, l'industrie pharmaceutique a eu l'autorisation d'adresser des messages directs aux consommateurs américains.

« Cela a été une catastrophe », explique le docteur Frances dans un entretien publié l'an passé dans la revue PSN. « Sous l'effet combiné d'une publicité omniprésente et d'une agressivité commerciale à l'égard des médecins (...), nous avons assisté à l'invention de maladies, vu poser des diagnostics flous, publier de fausses statistiques totalement exagérées et se répandre des prescriptions sans limite », ajoute ce psychiatre.

Avant de préciser que, au cours des vingt dernières années, aux États-Unis, le taux de troubles bipolaires chez l'enfant a été multiplié par 40 et ceux de l'autisme par 20. Autre chiffre cité par ce médecin : depuis la publication du DSM-4, le marché des médicaments contre les troubles de l'attention est passé de 15 millions de dollars (11,5 millions d'euros) à 7 milliards aujourd'hui (5,5 milliards d'euros).

### **ATTENTION À LA STIGMATISATION, NOTAMMENT CHEZ LES SUJETS JEUNES**

Enfin, le docteur Frances souligne un autre risque du DSM-5 : celui de favoriser des diagnostics rapides et pas forcément pertinents chez des sujets jeunes. En leur collant une étiquette dont ils auront ensuite du mal à se débarrasser.

« C'est parfois très difficile de poser un diagnostic de maladie mentale chez un enfant, note le professeur Kovess-Masfety. Certaines situations peuvent être évolutives. Il faudrait, idéalement, que le médecin dise aux parents : "Voilà, aujourd'hui, je pense à tel diagnostic. Mais il est possible que d'ici un ou deux ans, son état évolue, s'améliore..." Il faudrait pouvoir faire un diagnostic qui n'enferme pas la personne à vie. Mais pour cela, il faudrait changer les représentations de la maladie mentale, encore très stigmatisantes, dans notre société. »

PIERRE BIENVAULT (Vidéo PAULA PINTO GOMES)

AVEC CET ARTICLE

[Les classifications des maladies mentales](#)

+ [Michel Triantafyllou: « En trente ans, le parcours et les attentes des patients en psychiatrie ont changé »](#)

+ [Aux Etats-Unis, consulter un «docteur de la tête» est un acte banalisé](#)

-30-

## Le Monde.fr

LE MONDE SCIENCE ET TECHNO | 14.05.2013

[http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou\\_3176452\\_1650684.html](http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html)

### Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou

Sandrine Cabut

Pétitions, appels au boycott, déclarations et [livres](#) chocs de spécialistes dénonçant un ouvrage "dangereux" qui fabrique des maladies mentales sans fondement scientifique et pousse le monde entier à la [consommation](#) de psychotropes... Aux États-Unis et dans de nombreux autres pays dont la France, [la tension monte dans les milieux psy](#), à quelques jours de la présentation officielle de la



nouvelle édition du DSM (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*), prévue au congrès annuel de l'Association de psychiatrie américaine (APA) qui se tient du 18 au 22 mai à San Francisco.

Sur le fond, il ne devrait guère y [avoir](#) de révélations. L'essentiel du contenu de cette cinquième édition de la "bible" de la psychiatrie a déjà été annoncé par l'éditeur et sponsor de l'ouvrage, l'APA. Une version préliminaire du DSM-5 avait d'ailleurs été mise en ligne sur Internet, en 2010, pour [accueillir](#) suggestions et critiques et [permettre](#) des aménagements.

## CONTROVERSES



Si les précédentes révisions - les deux dernières ont eu lieu en 1980 et en 1994 - ont déclenché des controverses, jamais elles n'ont, semble-t-il, été aussi vives que pour cette nouvelle mouture. Comme le souligne avec humour un article paru le 25 avril dans *Nature*, l'une des seules suggestions qui n'a pas soulevé de hurlements de protestation

pendant le processus de révision a été... le changement de nom, de DSM-V en DSM-5.

Aux États-Unis, où le mouvement anti-DSM a débuté, son fer de lance est aujourd'hui [Allen Frances](#), le psychiatre qui avait dirigé la précédente édition (le DSM-IV), parue en 1994. Des instances professionnelles, dont une branche de l'Association américaine de [psychologie](#), sont aussi montées au créneau. Et le 4 mai, c'est le prestigieux Institut américain de la santé mentale (National Institute of Mental Health, NIMH), le plus gros financeur de la recherche en [santé mentale](#) à l'échelle mondiale, qui s'est à son tour désolidarisé du DSM-5. "Les patients atteints de maladies mentales valent mieux que cela", a justifié son directeur, [Thomas Insel](#), dans un communiqué, en expliquant que le NIMH "réorientait ses recherches en dehors des catégories du DSM", du fait de la faiblesse de celui-ci sur le plan scientifique.

En France, le combat est porté depuis trois ans par un collectif intitulé Stop DSM, constitué de professionnels proches du milieu psychanalytique. Ils s'insurgent contre la "*pensée unique*" du manuel, bien au-delà de sa dernière édition.

## CRITIQUES VIRULENTES

Mais pourquoi un ouvrage avant tout destiné aux spécialistes et aux chercheurs suscite-t-il autant d'inquiétudes et de critiques virulentes ? Et d'abord, de quoi s'agit-il ?

Publié pour la première fois en 1952, avec une liste de moins de cent [pathologies](#) (d'inspiration freudienne, tout comme la deuxième édition en 1968), ce manuel diagnostique et statistique a évolué vers une approche de plus en plus catégorielle des maladies mentales depuis 1980. Ce faisant, il est devenu une sorte de manuel de conversation entre spécialistes, et un outil incontournable dans le monde de la santé mentale. Le langage DSM est même passé dans le grand public avec la banalisation de termes comme "TOC" (troubles obsessionnels compulsifs) ou encore "phobie sociale"...

L'édition actuelle, le DSM-IV, recense 297 pathologies, classées par grandes catégories. C'est cette classification qui fait référence pour les recherches sur les pathologies mentales, qu'il s'agisse d'études

épidémiologiques ou de celles menées par les laboratoires pour évaluer leurs molécules (antidépresseurs, anxiolytiques ou autres neuroleptiques).

### INSTRUMENT CLINIQUE

"Aux États-Unis et en [Australie](#), le DSM a en quelque sorte force de loi, pour les remboursements par les compagnies d'assurances ou dans un contexte judiciaire. Et c'est ce qui est enseigné, y compris en France, dans les facultés de [médecine](#), de psychologie. Aujourd'hui, c'est un passage obligatoire pour [faire carrière](#)", assure [Patrick Landman](#), psychiatre et psychanalyste, à l'origine du mouvement Stop DSM et auteur du récent *Tristesse business. Le scandale du DSM 5* (Max Milo, 128 p., 12 euros).

Initié au DSM-IV pendant ses études, [Richard Delorme](#), jeune pédopsychiatre à l'hôpital Robert-Debré (Paris), voit, lui, ce manuel comme un instrument clinique. "Le DSM est un modèle athéorique, non idéologique. Pour moi, c'est la porte d'entrée d'une maison, cela [aide](#) à hiérarchiser un raisonnement intellectuel, mais ce n'est pas une finalité."

Commencé il y a une dizaine d'années, le processus qui vient d'[aboutir](#) au DSM-5 a mobilisé des centaines de professionnels de tous les pays, répartis en 13 groupes de travail. "L'ambition de départ des responsables de la révision était d'intégrer des données de neurosciences. Cette mission n'a pas pu être pleinement réalisée car les critères biologiques ne sont pas encore assez solides, souligne le docteur Delorme. Le DSM-5 est tout de même plus dimensionnel que le DSM-IV et rend compte des études génétiques et d'imageries qui montrent que les limites nosographiques habituellement considérées sont perméables."

### MAINMISE DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

Cette nouvelle édition, qui a coûté à l'Association américaine de psychiatrie 25 millions de dollars (19 millions d'euros), laisse cependant beaucoup à désirer sur le plan de la qualité scientifique, accusent les détracteurs du DSM-5. L'une des principales critiques, déjà ancienne, concerne la mainmise de l'industrie pharmaceutique sur les experts participant à l'élaboration du DSM. Ces collusions ont été notamment décortiquées par l'historien américain [Christopher Lane](#), dans son ouvrage *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions* (Flammarion, 2009), et plus récemment par le philosophe québécois [Jean-Claude St-Onge](#), dans *Tous fous ?* (Ecosociété, 236 p., 19 euros).

Allen Frances, professeur émérite à l'université de Duke (Caroline du Nord), qui avait coordonné le DSM-IV, note plutôt "les conflits d'intérêts intellectuels" des spécialistes des groupes de travail, "qui leur font [voir](#) les bénéfices possibles mais [ignorer](#) certains risques". Surtout, déplore-t-il, "le processus a été secret, fermé et incapable de s'autocorriger ou d'[incorporer](#) des réponses provenant de l'extérieur. Ainsi, les experts ont rejeté l'appel de 57 associations de santé mentale qui proposaient un examen scientifique indépendant".

## "TROUBLES COGNITIFS MINEURS"

C'est il y a quatre ans, en rencontrant un confrère et ami à une soirée, qu'Allen Frances a, raconte-t-il, pris conscience de l'ampleur des dangers et qu'il est parti en croisade. "Ce médecin était très excité à l'idée d'intégrer au DSM-5 une nouvelle entité, le "syndrome de risque psychotique", visant à identifier plus précocement des troubles psychotiques. Le but était noble, aider les jeunes à éviter le fardeau d'une maladie psychiatrique sévère. Mais j'ai appris en travaillant sur les trois précédentes éditions du DSM que l'enfer est pavé de bonnes intentions. Je ne pouvais pas rester silencieux."

Cet item de risque psychotique n'a finalement pas été retenu dans la dernière version du DSM-5. Mais Allen Frances et les autres "anti" s'inquiètent aujourd'hui d'autres entités qui font leur entrée dans le nouveau manuel. Ainsi des "troubles cognitifs mineurs". "La perte de mémoire physiologique avec l'âge va devenir une pathologie au nom de la prévention de la maladie d'Alzheimer, prévoit le collectif Stop DSM. De nombreux sujets vont se voir prescrire des tests inutiles et coûteux avec des médicaments dont l'efficacité n'est pas validée et dont les effets à terme sont inconnus."

## "PATHOLOGISATION DU DEUIL"

Patrick Landman et ses collègues sont aussi vent debout contre ce qu'ils nomment une "pathologisation du deuil". "Au bout de deux semaines, l'apparence dépressive de l'endeuillé sera passible du diagnostic d'épisode dépressif majeur et donc d'antidépresseurs", craignent-ils.

Troisième exemple : le *disruptive mood dys regulation disorder*, qui risque, selon eux, de faire entrer dans le DSM de banales colères infantiles. "C'est une interprétation erronée, estime le docteur Viviane Kovess, psychiatre épidémiologiste, professeur à l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Le *disruptive mood dysregulation disorder* correspond à une irritabilité très importante et constante, et à des colères violentes et fréquentes. Le critère (irritabilité plus trois grosses colères par semaine pendant plus d'un an) n'est pas si banal, et cela est destiné à ne pas mettre ces enfants dans la catégorie des troubles bipolaires." Par ailleurs, selon elle, le DSM ne dit pas que tout deuil de plus de quinze jours est une dépression. "Au contraire, il différencie mieux qu'avant le phénomène de deuil du trouble dépressif majeur."

## RISQUES DE SURDIAGNOSTIC

Pour Allen Frances, les risques de surdiagnostic et donc de surmédicalisation sont cependant bien réels, surtout chez les enfants. "Quand nous avons introduit dans le DSM-IV le syndrome d'Asperger, forme moins sévère d'autisme, nous avons estimé que cela multiplierait le nombre de cas par trois. En fait, ils ont été multipliés par quarante, principalement parce que ce diagnostic permet d'avoir accès à des services particuliers à l'école et en dehors. Il a donc été porté chez des enfants qui n'avaient pas tous les critères."

Face à ces périls, le psychiatre américain invite les médecins à boycotter le DSM, et les patients à devenir des consommateurs informés. "Posez des questions et attendez des réponses claires."

N'acceptez pas de médicaments prescrits nonchalamment pour des symptômes légers et transitoires qui vont probablement se résoudre d'eux-mêmes", préconise-t-il. Des conseils de bon sens qui peuvent s'appliquer bien au-delà des maladies mentales.

CONTRE : Un entretien avec Roland Gori, psychanalyste et professeur émérite de psychopathologie clinique à l'université d'Aix-Marseille : *On assiste à une médicalisation de l'existence*

POUR : Un entretien avec Viviane Kovess-Masfety, psychiatre épidémiologiste, directrice d'une équipe de recherche de l'université Paris-Descartes : *Une certaine mauvaise foi dans les critiques*

Lire aussi : *Petit tour du monde du normal et du pathologique*

-30-

## Le Monde.fr

LE MONDE SCIENCE ET TECHNO | 13.05.2013

[http://www.lemonde.fr/accus-restreint/sciences/article/2013/05/13/6c66699c676a6ccc5936d6a63679a6d\\_3176454\\_1650684.html](http://www.lemonde.fr/accus-restreint/sciences/article/2013/05/13/6c66699c676a6ccc5936d6a63679a6d_3176454_1650684.html)

### *Petit tour du monde du normal et du pathologique*

Lucia Sillig

AFP/NATALIA KOLESNIKOVA



Une étude de l'OMS avait montré que les gens consultaient moins pour dépression en Chine et au Japon. Cette différence s'explique simplement : "Le mot "dépression" n'existe pas en chinois", indique l'ancien expert.

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), utilisé par des psychiatres du monde entier, est essentiellement conçu par des experts occidentaux. Les frontières de la folie ne sont-elles pourtant pas variables selon les cultures considérées ? Norman Sartorius, ancien responsable de la division santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et consultant

externe pour la cinquième mouture du DSM, rappelle que si les mots pour parler des troubles mentaux varient d'une culture à l'autre, "les grandes maladies mentales, comme la schizophrénie, la dépression majeure ou la démence, existent partout".

La dépression, au temps des colonies, a ainsi pu être vue comme une maladie n'affectant que les Blancs d'Europe, "mais on s'est ensuite rendu compte que cela n'était simplement pas considéré comme un motif de consultation valable pour les populations locales", indique-t-il.

### VARIATIONS CULTURELLES

Selon lui, les variations culturelles sont surtout marquées pour les troubles plus légers, comme l'arachnophobie, bien plus répandue en Angleterre qu'elle ne l'est en Inde. Le koro, un syndrome où la personne accroche des objets à son pénis ou ses seins par crainte qu'ils ne se rétractent, est surtout observé à Singapour ou en Malaisie.

La définition de ce qui est pathologique ou non varie aussi selon les cultures : l'homosexualité n'est plus inscrite au DSM depuis les années 1970 mais reste dans plusieurs pays considérée comme une maladie. A l'inverse, chez les Wolofs au Sénégal, où l'on pense qu'à la fin de la vie les hommes renaissent, la démence sénile n'existe pas : "De temps en temps, un individu renaît trop tôt et un nouveau-né se retrouve dans le corps d'une personne âgée : il est incontinent, ne veut pas écouter, ne comprend pas ce qu'on lui dit et ne sait pas parler...", raconte Norman Sartorius. Pour lui cette interprétation a une vertu sociale : "Il est beaucoup plus simple de mobiliser les gens pour aider un enfant qu'un vieux atteint d'une maladie mentale."

### ACCEPTATION DU DIAGNOSTIC

Une grande étude de l'OMS avait montré que les gens consultaient moins pour dépression en Chine et au Japon. Cette différence s'explique simplement : "Le mot "dépression", au sens où nous l'entendons, n'existe pas en chinois", indique l'ancien expert de l'OMS. Si l'on ajoute que les mots associés au diagnostic sont parfois très stigmatisants, nommer les choses peut être source d'embarras. C'est le cas avec la schizophrénie, dont on ne traduit plus le sens grec en Occident, mais que certains médecins, en Asie notamment, répugnaient à annoncer aux patients à qui il aurait fallu dire qu'ils avaient l'esprit fendu ou cassé.

Au Japon, un mouvement issu des malades et de leurs proches ainsi que de médecins a changé la dénomination pour un terme signifiant "désordre de la coordination de la pensée", beaucoup plus proche de ce que ressentent les patients. Depuis lors, "la communication du diagnostic au patient est passée de 6 % à 75 % des cas", souligne Norman Sartorius. Les Coréens veulent suivre cette voie avec une expression signifiant "problème d'accordage de la pensée", évoquant plus un instrument désaccordé. L'acceptation du diagnostic et l'échange entre médecin et malade sur le traitement à suivre sont facilités.

## AMÉRICANISER LA FOLIE ?

N'y a-t-il pas alors un risque, à travers le DSM, d'américaniser la folie ? "C'est le risque général de la globalisation", répond Norman Sartorius, pour qui cette influence se fait surtout sentir dans le domaine de la recherche. Depuis 1980, dans le DSM, "pour surmonter le fait que chaque patient est différent", indique-t-il, une description qu'on appelle opérationnelle définit une liste de symptômes dont le malade doit présenter un certain nombre pour que son trouble corresponde au diagnostic. "C'était révolutionnaire, parce que pour la première fois on essayait de donner un aspect quantifiable et comparable à l'état des patients."

*Lucia Sillig*

-30-

## Le Monde.fr

LE MONDE SCIENCE ET TECHNO | 13.05.2013

<http://www.lemonde.fr/acces->

[restraint/sciences/article/2013/05/13/6c66699c676a6bcc5936d6a63679a6d\\_3176454\\_1650684.html](http://www.lemonde.fr/acces-restraint/sciences/article/2013/05/13/6c66699c676a6bcc5936d6a63679a6d_3176454_1650684.html)

### "On assiste à une médicalisation de l'existence"

Propos recueillis par Catherine Vincent

Roland Gori est psychanalyste et professeur émérite de psychopathologie clinique à l'université d'Aix-Marseille. Il est l'auteur de nombreux ouvrages. Les plus récents, publiés aux éditions Les Liens qui libèrent, sont *La Dignité de penser* (2011) et *La Fabrique des imposteurs* (224 p., 21,50 euros).

Depuis la parution du DSM-III, il y a plus de trente ans, vous mettez en garde contre les dangers de cette classification. Que craignez-vous ?

A partir du DSM-III, les psychiatres américains chargés de réviser ce manuel ont mis au point une manière très catégorielle de poser les diagnostics. Le but était de rechercher le maximum de consensus parmi les experts en matière de troubles mentaux.

Ce principe 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 de comportement. En introduisant dans le DSM le trouble de l'anxiété sociale, on a multiplié par sept, dans les années 1980, le nombre de patients

souffrant d'hypertimidité.

### **Cette tendance au surdiagnostic s'est-elle accentuée avec le DSM-5 ?**

Ce qui s'est surtout accentué, c'est la recherche de critères techniques et cliniques permettant aux psychiatres d'approcher la souffrance des patients de manière "objectivable" et formalisable. On aboutit ainsi à un diagnostic consensuel. Mais cela ne veut pas dire qu'il soit valide ni qu'il corresponde à une réalité clinique.

Pour prendre un exemple simple : lorsqu'en 1980 les psychiatres ôtent l'homosexualité de la liste des troubles sexuels du comportement, on guérit des millions de malades. Lorsqu'en 1994 le DSM-IV considère les femmes ayant des troubles de l'humeur avant leurs règles comme atteintes de dysphorie prémenstruelle, on se retrouve, au contraire, avec des millions de patients en plus.

De même avec le DSM-5. Quand on évoque le trouble de l'hyperphagie, sur quels critères se base-t-on pour le distinguer de la gourmandise ? A partir de quand faut-il invoquer le trouble compulsif d'entassement, autrement dit le fait d'accumuler des objets qui nous sont inutiles ?

Dans la mesure où l'on ne dispose pas de marqueurs biologiques ou génétiques pour la plupart des maladies mentales, il y a une très grande flexibilité des critères pour définir ce qui est pathologique et ce qui ne l'est pas.

**On est en train de rendre pathologiques des comportements que l'on considérait autrefois comme normaux ?** Disons plutôt que l'on "pathologise" de simples anomalies de comportement. Entre 1979 et 1996, on a multiplié par sept, en France, le nombre de diagnostics de dépression. Cela ne veut pas forcément dire qu'il y avait sept fois plus de déprimés, mais qu'on a abaissé le seuil de tolérance sociale par rapport aux anomalies de comportement. Pourquoi ? Parce que nous sommes, de plus en plus, dans une société de contrôle. On assiste à une médicalisation de l'existence.

Le DSM est le symptôme d'une maladie de société, d'une manière de gouverner qui ne repose plus sur l'autorité des grands récits religieux ou idéologiques mais 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.

### **Que préconisez-vous pour limiter cette dérive ?**

Il faut remettre la parole au centre. On est passé d'un savoir narratif à un savoir probabilistique, qui transforme le psychiatre ou le psychologue en une agence de notation des comportements.

Pour inverser cette tendance, il faut revenir à la souffrance singulière du patient. Revenir au récit, recontextualiser le trouble et le symptôme.

# Le Monde.fr

LE MONDE SCIENCE ET TECHNO | 13.05.2013

<http://www.lemonde.fr/acces->

[restraint/sciences/article/2013/05/13/6c66699c676a6bcc5936d6a63679a6d\\_3176454\\_1650684.html](http://www.lemonde.fr/acces-restraint/sciences/article/2013/05/13/6c66699c676a6bcc5936d6a63679a6d_3176454_1650684.html)

## "Une certaine mauvaise foi dans les critiques"

Propos recueillis par Sandrine Cabut

Viviane Kovess-Masfety est psychiatre épidémiologiste, directrice d'une équipe de recherche de l'université Paris-Descartes et professeure à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). Elle est l'auteure de rapports sur la [santé mentale](#) et de *N'importe qui peut-il péter un câble ?* (Odile Jacob, 2008).

### Quel regard portez-[vous](#) sur le DSM ?

Les épidémiologistes sont très attentifs aux classifications comme le DSM. Il fait partie de nos outils et, inversement, nos travaux nourrissent certaines de ses modifications. Le DSM et la CIM (Classification internationale des maladies), avec laquelle il converge, permettent de se [mettre](#) d'accord sur des critères et de [parler](#) un langage commun et [international](#) sous la houlette de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui participe aux deux élaborations.

Dans notre travail, nous sommes confrontés de près à la façon dont les psychiatres utilisent ces classifications dans leur pratique, et c'est très variable. En psychiatrie adulte, où il y a un consensus pour [poser](#) un diagnostic, certains cliniciens, notamment en milieu hospitalo-universitaire, utilisent scrupuleusement les critères des classifications DSM ou CIM.

D'autres se fient d'abord à leurs impressions cliniques, ce qui est essentiel, mais ils codent sans trop [regarder](#) les critères. En pédopsychiatrie et en psychiatrie de l'adolescent, où le poids de la psychanalyse est important, il y a plus de réticences à [poser](#) un diagnostic, sous prétexte qu'il collerait une étiquette.

### Déplorez-vous cette sous-utilisation ?

Il est exact que le processus de diagnostic est complexe chez les enfants et les adolescents car les [pathologies](#) sont évolutives, et on doit [veiller](#) à [laisser](#) toutes les portes ouvertes. Cependant, cela n'empêche pas, à un moment donné, de [suivre](#) une classification comme le DSM qui, justement, propose des critères précis, avec un axe de sévérité permettant de [suivre](#) l'évolution.

Beaucoup de parents se plaignent plutôt qu'on ne leur donne pas de diagnostic. C'est angoissant pour eux de ne pas [savoir](#), or ils sont capables d'[entendre](#) les incertitudes sur l'évolution, voire les hésitations sur les cas complexes. Par ailleurs, on reproche au DSM d'étiqueter des réactions

normales comme des maladies, et on lui fait porter le poids de l'évolution de la société vers l'intolérance et la normalisation des comportements.

Paradoxalement, suivre rigoureusement une classification comme le DSM permettrait de mieux protéger les enfants, car les critères mettent un seuil assez élevé pour porter un diagnostic.

On reproche par exemple au DSM d'avoir induit une "épidémie" d'hyperactivité et de traitements par la ritaline, mais les données montrent qu'en France la consommation de psychostimulants reste très basse. A l'inverse, le fait de remettre en cause le fonctionnement intime de parents, qui n'ont pas cette demande, devant le moindre comportement déviant comme cela arrive aujourd'hui à l'école ou à la crèche est une violence que l'on tend à négliger.

### Que pensez-vous du DSM-5 et des critiques à son encontre ?

Il y a eu une volonté d'intégrer les connaissances en neurosciences (génétique, imagerie cérébrale), pas directement dans les critères, car il n'y a pas encore de marqueurs biologiques des maladies mentales, mais dans la logique des catégories.

Cette nouvelle version n'est pas parfaite, mais il y a une certaine mauvaise foi dans les critiques. D'abord, il n'y a pas une inflation de nouvelles pathologies, car il y a eu aussi des suppressions, des réorganisations, donc le nombre total n'a pas bougé. Par ailleurs, il y a maintes interprétations erronées.

**Sandrine Cabut**

-30-

---

**philosophie**  
magazine

<http://www.philomag.com/lepoque/breves/dsm-5-la-folie-bien-ordonnee-7439>

Le 15/05/2013

---

## DSM-5 : la folie bien ordonnée



(cc) [Julian Povey / Flickr](#)

Le cinquième « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (DSM) sort ce mercredi, classifiant 450 troubles mentaux, contre moins de 100 dans la première édition en 1952. La « Bible » de la psychiatrie diagnostique, étiquette, propose un traitement, traçant ainsi une frontière de plus en plus nette entre normalité et anormalité.

1952, c'est la date de la première édition du DSM, qui recensait moins de cent pathologies, pour la plupart inspirées de l'œuvre de Freud. En 1994, 297 pathologies étaient listées dans la quatrième édition. Une vingtaine d'années plus tard, c'est la classification de plus d'une centaine de nouvelles maladies mentales qui est prévue pour la sortie du DSM-5, à l'occasion du congrès annuel de l'Association de psychiatrie américaine à San Francisco.

Mangez de façon immodérée deux fois par semaine pendant trois mois, vous êtes dans un cas d'« hyperphagie boulimique ». Vous êtes victimes de variations d'humeur avant votre cycle menstruel ? Vous risquez bien de souffrir de « trouble dysphorique prémenstruel ». Une déprime suite à la perte d'un proche pourrait bien être désormais qualifiée de « trouble dépressif majeur ».

Si le DSM est utilisé dans le monde entier comme un repère pour la plupart des psychanalystes, pour beaucoup il s'agit d'un ouvrage « dangereux ». Ainsi, le psychanalyste Patrick Landman, qui préside le collectif « Stop DSM-5 » en France, dénonce une psychiatrisation abusive : *« Tout nouveau diagnostic cible des gens, qui vont ensuite recevoir des psychotropes. C'est une machine infernale. »* ([Libération](#)). Pour Roland Gori, psychanalyste, *« Le DSM est le symptôme d'une maladie de société, d'une manière de gouverner qui ne repose plus sur l'autorité des grands récits religieux ou idéologiques mais 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. »* ([Le Monde](#))

**« Hôpital ou prison, même combat : il faut distinguer ce qui est normal de ce qui ne l'est pas, l'objectiver, et le soigner. »**

« Hôpital ou prison, même combat : il faut distinguer ce qui est normal de ce qui ne l'est pas, l'objectiver, et le soigner. »

Cette pression normative, [Michel Foucault](#) la dénonce. Il défend dans un livre qu'il désavouera par la suite, *Maladie mentale et Personnalité* (1954), que la pathologie est en quelque sorte normale, puisque l'organisme permet son apparition. Pour lui, la distinction entre normal et pathologique n'est pas pertinente en psychiatrie. Puis, dans sa thèse *Folie et Déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* (1961), il explique que ce sont [les décisions politiques et les discours médicaux](#) qui classent les fous en dehors de la norme. Les déviations pathologiques doivent être surveillées de près, d'où la naissance de l'asile. Plus tard, dans *Surveiller et Punir* (1975), il dénonce d'un même geste toutes ces institutions de contrôle dont l'objectif est la [normalisation des conduites](#). Hôpital ou prison, même combat : il faut distinguer ce qui est normal de ce qui ne l'est pas, l'objectiver, et le soigner.

En ceci, le DSM va au-delà d'une simple classification des troubles psychiatriques et de leurs potentiels

traitements. Dès 1943, le philosophe Georges Canguilhem étudie les règles de la normalité dans sa thèse, reprise et publiée dans un livre intitulé *Le Normal et le Pathologique*, en 1966. Pour celui qui a inspiré les théories de Michel Foucault, ce qui est de l'ordre du pathologique ne peut pas être évoqué de manière objective, comme le fait le DSM: « *Le malade n'est pas anormal par absence de norme mais par incapacité d'être normatif* ». Et « *L'état pathologique ne peut être dit anormal absolument, mais anormal dans la relation à une situation déterminée* ». Une relation dont ce manuel de psychiatrie s'embarrasse peu.

Par **MARINE LE BRETON**

-30-



[http://www.huffingtonpost.fr/fernando-de-amorim/dsm-v-polemique\\_b\\_3178560.html](http://www.huffingtonpost.fr/fernando-de-amorim/dsm-v-polemique_b_3178560.html)

01/05/2013

## *Pourquoi nous devrions nous méfier du DSM V ?*

**Fernando de Amorim**, psychanalyste directeur de la consultation publique de psychanalyse Paris IXème. Directeur du [RPH](#).

### Quelle est l'affaire d'un clinicien?

Il me faut m'expliquer d'abord sur le mot "affaire". Au XIIème siècle, affaire était "ce que l'on a à faire". Ce que le clinicien a à faire dans son rapport au patient c'est de l'accueillir, de savoir la voie thérapeutique possible et de conduire le traitement jusqu'à que le patient estime, parce que "ça va!", comme on dit familièrement, qu'il n'est plus nécessaire de venir rencontrer le clinicien.

Cette perspective est européenne, elle est issue de la psychiatrie franco-allemande. La même qui a nourri Freud, Lacan et les cliniciens partout dans le monde qui se réclament de la psychanalyse, de sa praxis, de son éthique.

Le DSM V n'est pas pris par l'éthique de "ce que l'on a à faire" mais dans la perspective d'affaire, de négoce, d'entreprise. Qu'une entreprise réussisse cela ne me choque nullement. C'est le prix de son succès exigé et payé en vie, en folie, en détresse, qui n'est pas acceptable.

Et c'est là que devient problématique le rapport entre ce qui est le propre de l'acte du clinicien, à savoir, apaiser, trouver des moyens thérapeutiques pour que la vie quotidienne soit envisageable avec moins de dureté pour les personnes, et la dimension commerciale de ce manuel.

La première idée qui frappe les cliniciens -qu'ils soient psychiatres, psychanalystes, psychologues ou psychothérapeutes- c'est le retour à la notion aristotélicienne de génération spontanée qui est présent dans cet ouvrage. Les maladies chez les psychiatres américains ne font pas éclosion, "pschitt!" comme a dit Monsieur Chirac, mais éclosion, "plouft!" Plouft et voilà une maladie! Et re-plouft une autre apparaît encore. Chaque nouveau manuel amène son lot de nouveau plouft! Quand bien même la souffrance est vraie, la proposition de la nommer "épisode dépressif majeur" ou "hyperactivité de l'enfant" ne vise qu'à vendre des médicaments, non à trouver une solution. C'est la logique psychiatrique américaine de l'"affaire" et non celle européenne de "ce que l'on a à faire" et qui implique la participation active, décidée, engagé du patient dans son traitement et dans sa guérison.

Si ces maladies répertoriées dans ce manuel étaient également repérées par des cliniciens des autres continents, cela serait resté un débat de cuisine, c'est-à-dire, nous allions discuter cela en colloque, en congrès, en groupe d'étude, etc. Mais là c'est trop gros. L'influence de cette soif de conquérir le monde et de conquérir encore plus de marché, saute aux yeux. On n'est plus dans la clinique mais dans le commerce.

Si ça continue comme ça, on ne pourra plus péter sans que cela ne devienne, non pas un crime de lèse-majesté, mais un crime de lèse-APA. APA pour American Psychiatric Association. C'est un appât. Ils nous appâtent avec un manuel qui est scientifique. En un mot, il nous trompe.

Le trait d'humour vise à sensibiliser le lecteur que la vie n'est pas une maladie et que ce que l'Association américaine de psychiatrie veut, ce n'est pas introduire la vie, une vie éthique, une éthique de vie, mais en augmentant l'offre -et la soumission des chefs d'Etat au lobbying du médicament- de créer la demande.

La responsabilité d'un clinicien est d'alerter les autorités sur le fait que le DSM V est un Dictionnaire Significatif du Marchandage. Et que nous en sommes déjà à sa cinquième version.

-30-



[http://www.libération.fr/societe/2013/05/07/fronde-contre-la-psychiatrie-a-outrance\\_901586](http://www.libération.fr/societe/2013/05/07/fronde-contre-la-psychiatrie-a-outrance_901586)

7 mai 2013

## SOCIÉTÉ

# Fronde contre la psychiatrie à outrance



A l'hôpital Saint-Anne, à Paris, en 2007. (Photo Joël Saget. AFP)

**ENQUÊTE** La nouvelle édition du DSM - 5, l'ouvrage américain qui fait autorité dans le monde de la maladie mentale, élargit le champ des troubles et des traitements. Ses opposants donnent de la voix.

Par **ERIC FAVEREAU**

Tous fous, comme le suggère le DSM - 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, et 5 pour cinquième édition)? Dans quelques jours, vous aurez la réponse : la nouvelle bible du diagnostic psychiatrique sera rendue publique à l'occasion du congrès de l'APA (l'Association des psychiatres américains) qui se tient du 15 au 18 mai à San Francisco. Le DSM - 5 est l'ultime version d'un ouvrage qui règne sur la psychiatrie mondiale en décrivant, une par une, les 450 pathologies mentales qui nous menacent.

Alors que faire ? Se cacher ? Et si nous étions tous un peu moins fous que les auteurs ne l'écrivent ? Car pour la première fois, la colère gronde, des pétitions et des manifestes circulent, y compris outre-Atlantique, pour «*dénoncer cette psychiatisation à outrance de nos modes de vie*». Au point qu'aux États-Unis, le très sérieux National Institute of Mental Health prend ses distances.

**Frontière.** «*On doit se battre*», dit avec force le psychanalyste Patrick Landman, qui préside en France le collectif «*Stop DSM - 5*». Et énumère les dangers qui nous guettent : «*Non au surdiagnostic, non à la pathologisation de la vie quotidienne, non à la surprescription médicamenteuse*.» On pourrait en sourire, comme on se moque du dernier jeu vidéo, dégager en touche et pointer le réflexe antiyankee, mais l'enjeu est réel. Et crucial puisqu'il **concerne la frontière sans cesse redéfinie entre le normal et le pathologique.** «*C'est le triomphe du symptôme, la mort du sujet avec son histoire personnelle et singulière*», insiste Patrick Landman qui ajoute, avec gravité : «*Aujourd'hui, si vous voulez publier dans une grande revue psychiatrique internationale, vous devez passer par la grille DSM. En France, dans les universités de médecine, c'est la seule grille nosographique qui est enseignée. C'est elle qui façonne, c'est elle qui décide.*»

Querelles d'experts tatillons ? Pas tout à fait. Un exemple de ces implications quotidiennes : jusqu'ici, le deuil pathologique renvoyait à une souffrance de plus de deux mois. Avec le DSM - 5, ce sera quinze jours. *«Je peux vous annoncer, dans les années à venir, de nouvelles épidémies avec ces nouveaux diagnostics»*, lâche le pédopsychiatre Guy Dana. Autre cas de figure, l'apparition chez les personnes âgées d'un trouble dysfonctionnel de l'humeur (*«trouble mental mood disfunction»*). *«Il y a une volonté de prévoir la maladie d'Alzheimer, pourquoi pas ? Le DSM - 5 crée ce symptôme, c'est-à-dire la survenue de petits troubles cognitifs avec l'âge. Ils vont faire des tests, les répertorier, et puis... On traite, mais on traite quoi ?»* poursuit le D'Dana. Un nouveau diagnostic nécessitant un nouveau traitement, le cercle vicieux est enclenché.

Autre exemple, plus léger : vous avez trois ou quatre accès de gourmandise dans le mois. Est-ce grave, docteur ? L'hyperphagie surgit dans le DSM - 5. Ce diagnostic est construit à partir d'un symptôme qui se définirait comme un trouble des conduites alimentaires sans vomissement. Et hop, on vous diagnostique, vous êtes étiqueté, et pourquoi pas, on vous traite. *«Aucun doute, dans quelques mois des articles dans les revues psychiatriques pointeront une épidémie d'hyperphagie»*, ironise Patrick Landman. Le danger est là. Avec le DSM - 5, le pathologique envahit toute la sphère du quotidien : tous les dix ans, l'usage de ce manuel agit comme une pieuvre qui prendrait dans ses tentacules tous les gestes de la vie quotidienne.

**Poufendeur.** Paradoxalement, l'attaque la plus sévère contre cette bible est venue de l'intérieur. Lancée par le professeur américain Allen Frances, le responsable du groupe d'experts qui a abouti à la publication en 1994 du DSM - 4. *«Invité à un cocktail de l'American Psychiatric Association, j'y ai retrouvé beaucoup d'amis. Ils étaient très excités par la préparation du DSM - 5, raconte-t-il dans un entretien à la revue Books. L'un parlait d'une nouvelle possibilité de diagnostic, celle du risque de psychose. Il serait désormais envisageable de prévoir qu'un jeune deviendra psychotique. J'ai tenté de lui expliquer le danger d'une telle idée : nous n'avons aucun moyen de prédire qui deviendra psychotique, et il y a fort à parier que huit jeunes sujets ainsi labellisés sur dix ne le deviendront jamais. Le résultat serait une inflation aberrante du diagnostic, et des traitements donnés à tort à des sujets jeunes, avec des effets secondaires graves.»* C'est comme ça que lui, l'artisan du DSM - 4, est devenu le poufendeur du DSM - 5.

Quand on l'interroge sur les conséquences du DSM - 5, Allen Frances répond : *«Il faut faire très attention quand on pose un diagnostic, surtout sur un sujet jeune. Parce que, même s'il est faux ou abusif, ce jugement risque de rester attaché à la personne toute sa vie.»* Et le psychiatre d'ajouter : *«Les données épidémiologiques sont structurellement gonflées. C'est l'intérêt des grandes institutions publiques de recherche, aux États-Unis, de se référer à des données surévaluées. Cela leur permet de décrocher davantage de crédits. Les compagnies pharmaceutiques, elles, tirent argument des taux élevés pour dire que beaucoup de malades ne sont pas identifiés et qu'il faut élargir le marché.»*

On aurait tort de prendre à la légère ces dérives potentielles. *«Tout nouveau diagnostic cible des gens, qui*

vont ensuite recevoir des psychotropes. C'est une machine infernale», insiste Patrick Landman, qui vient de publier un livre sur le sujet (1). «Si au moins cela marchait», lâche-t-il. Dans les pays de l'OCDE, la consommation d'antidépresseurs a augmenté en moyenne de 60 % entre 2000 et 2009, et pourtant rien n'indique que le taux de dépression ait diminué. En Islande, plus gros consommateur de ces molécules dans le monde, le taux de suicide reste stable depuis dix ans.

«Le plus grave, insiste Patrick Landman, c'est le règne de la pensée unique.» «Ce qui m'inquiète, conclut le D<sup>r</sup> Tristan Garcia-Fons, pédopsychiatre, ce sont les ravages chez l'enfant. Le DSM -5 fabrique des enfants anormaux. Tout enfant qui s'écarte de la norme devient malade. C'est pour cela qu'il ne faut surtout pas se taire.»

(1) «Tristesse Business, le scandale du DSM - 5», Max Milo, 12 €.

-30-

**Psychomédia**  
En ligne depuis 16 ans

<http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2013-05-03/diagnostics-psychiatriques-le-nimh-se-distance-du-dsm-5>

## Le National Institute of Mental Health (NIMH) américain se distance du DSM-5 de l'American Psychiatric Association

Soumis par Gestion le 3 mai 2013

Le National Institute of Mental Health (NIMH) américain réoriente ses recherches en se distançant du DSM, le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, dont la cinquième édition sera lancée par l'American Psychiatric Association le 22 mai, explique son directeur, Thomas Insel, dans un billet publié le 29 avril..

Le but de la nouvelle édition, comme toutes les précédentes, est de fournir un langage commun pour décrire la psychopathologie, précise-t-il. La force de chacune des éditions du DSM a été la fiabilité, c'est-à-dire qu'elles ont permis que les cliniciens utilisent les mêmes termes dans le même sens. Mais leur faiblesse est leur manque de validité (c'est-à-dire de correspondance avec les phénomènes réels).

Les diagnostics du DSM sont basés sur un consensus concernant des ensemble de symptômes cliniques et ils ne reposent sur aucune mesure de laboratoire objective, souligne-t-il. Dans le reste de la médecine, cela équivaldrait à créer des systèmes de diagnostics basés sur la nature de la douleur à la poitrine ou de la qualité de la fièvre, par exemples, illustre-t-il. "Le diagnostic basé sur

les symptômes, autrefois courant dans d'autres domaines de la médecine, a été largement remplacé dans le dernier demi-siècle alors que nous avons compris que les symptômes seuls indiquent rarement le meilleur choix de traitement", dit-il.

Le NIMH a lancé le projet Research Domain Criteria pour intégrer la génétique, l'imagerie, la science cognitive, et d'autres niveaux d'information afin de jeter les bases d'un nouveau système de classification.

Une approche diagnostique basée sur la biologie ainsi que les symptômes ne doit pas être entravée par les catégories actuelles du DSM, explique-t-il.

Il est trop tôt pour concevoir un système basé sur des biomarqueurs ou la performance cognitive parce les données sont encore insuffisantes. En ce sens, le projet est un cadre pour recueillir les données nécessaires pour une nouvelle nosologie (critères de classification des maladies), précise-t-il.

"Mais il est essentiel de réaliser que nous ne pouvons pas réussir si nous utilisons les catégories du DSM comme référence", dit-il. Le système de diagnostic doit être basé sur les données de recherche émergentes, et non sur les catégories actuelles basées sur les symptômes tel que cela se fait depuis des décennies, quand un biomarqueur est rejeté parce qu'il ne détecte pas une catégorie du DSM.

-30-

**Psychomédia** <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2013-04-26/critique-facteurs-sociaux>  
En ligne depuis 16 ans Soumis par [Gestion](#) le 26 avril 2013

## ***Psychiatrie : le DSM-5 ne tient pas assez compte des facteurs sociaux, estiment des chercheurs***

Le DSM-5, la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (1) dont le lancement par l'*American Psychiatric Association* (APA) est prévu pour le 22 mai, ne prend pas suffisamment en compte les influences sociales sur la santé mentale et les diagnostics, estiment des chercheurs en sciences sociales et en santé publique dans la revue *Health Affairs*.

Une préoccupation qui a sous-tendu le travail de révision du manuel était l'établissement de bases neuroscientifiques pour les diagnostics. Mais en pratique, disent Helena Hansen de l'Université de New York et 11 collègues, les diagnostics continuent d'être organisés autour d'ensembles de symptômes parce que les connaissances sur les mécanismes biologiques demeurent insuffisantes.

Étant donné l'importance des influences sociales sur les diagnostics, il faudrait mieux tenir compte des processus sociaux et institutionnels qui influencent la distribution épidémiologique des troubles dans la population et comment ces troubles sont identifiés et étiquetés, disent-ils.

Quels signes et comportements sont pathologiques ou normaux est matière à débat, soulignent-ils. Par exemple, les enfants sont 3 à 4 fois plus susceptibles de recevoir un diagnostic de trouble déficit d'attention avec ou sans hyperactivité TDAH de la part d'un médecin américain utilisant le DSM-IV que de la part d'un médecin européen utilisant la Classification internationale des maladies (CIM). Une récente étude montrait que 11% des enfants américains d'âge scolaire ont reçu un tel diagnostic.

L'ethnicité et le statut socioéconomique affectent aussi l'application des critères du DSM, indiquent-ils. Des exemples bien connus étant ceux des surdiagnostics de troubles psychotiques chez les personnes noires et de troubles de l'humeur chez les personnes hispaniques.

Un autre exemple de facteur non-médical qui intervient, notent-ils, est la promotion par les compagnies pharmaceutiques de certains diagnostics, tels que le TDAH et le syndrome des jambes sans repos, afin de vendre des médicaments pour les traiter, ce qui affecte la prévalence déclarée de ces troubles.

En ce qui concerne le syndrome des jambes sans repos, illustrent-ils, la nouvelle inclusion de ce diagnostic dans le DSM-5 n'était pas largement connue chez les médecins jusqu'à ce que les fabricants du Requip (ropinirole) utilise le diagnostic dans son marketing quelque temps avant que ce médicament ne soit autorisé par la FDA pour le traitement de cette affection. Un autre facteur est la publicité directe au consommateur, une autre stratégie de marketing efficace, qui alerte le public sur les comportements et les états émotionnels qui peuvent être des symptômes de trouble diagnostiquable.

Un autre facteur qui peut influencer la prévalence de certains diagnostics, est la recherche active de diagnostics pour l'obtention d'avantages tels que des paiements de sécurité sociale ou l'accès aux médicaments.

Alors que l'APA a promis que la révision du DSM-5 serait un processus continu, Hansen et ses collègues proposent qu'un groupe indépendant suive les données sur les variations dans les diagnostics psychiatriques au niveau de la population et coordonne la recherche sur les causes institutionnelles, sociales et culturelles de ces variations; serve de médiateur dans les controverses scientifiques sur les patterns de diagnostics et leurs causes; et émettent des recommandations de changements spécifiques au DSM-5.

Une autre justification pour un groupe de révision indépendant est que les éditions précédentes du

DSM ont constitué des sources de revenus substantielles pour l'APA, ce qui peut potentiellement brouiller le jugement de l'organisation lorsque certains marchés pour le manuel peuvent être impliqués.

*Dans Health Affairs : Independent Review Of Social And Population Variation In Mental Health Could Improve Diagnosis In DSM Revisions.*

-30-

## HUFFPOST SCIENCE THE HUFFINGTON POST

[http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/nimh-vs-dsm-5-no-one-wins\\_b\\_3252323.html?utm\\_hp\\_ref=fb&src=sp&comm\\_ref=false#sb=3534572b=facebook](http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/nimh-vs-dsm-5-no-one-wins_b_3252323.html?utm_hp_ref=fb&src=sp&comm_ref=false#sb=3534572b=facebook)



Allen Frances

Professor Emeritus, Duke University

05/10/2013

### *NIMH vs DSM-5: No One Wins, Patients Lose*

The flat out rejection of DSM-5 by National Institute of Mental Health is a sad moment for mental health and an unsafe one for our patients. The APA and NIMH are both letting us down, failing to be safe custodians for the mental health needs of our country.

DSM-5 certainly deserves rejecting. It offers a reckless hodgepodge of new diagnoses that will misidentify normals and subject them to unnecessary treatment and stigma. The NIMH director may have hammered the nail in the DSM-5 coffin when he so harshly criticized its lack of validity.

But the NIMH statement went very far overboard with its implied promise that it would soon find a better way of sorting, understanding, and treating mental disorders. The media and internet are now alive with celebrations of this NiMH 'kill shot'. There are chortlings that DSM-5 is dead on arrival and will perhaps take psychiatry down along with it.

This is misleading and dangerous stuff that is bad for the patients both institutions are meant to serve.

---

NIMH has gone wrong now in the very same way that DSM-5 has gone wrong in the past -- making impossible to keep promises. The new NIMH research agenda is necessary and highly desirable -- it makes sense to target simpler symptoms rather than complex DSM syndromes, especially since so far we have come up empty. And the new plan will further, and be furthered, by the big, new Obama investment in brain research. But the likely payoff is being wildly oversold. There is no easy solution to what is in fact an almost impossibly complex research problem.

Isaac Newton said it best almost 250 years ago; 'I can calculate the motions of the heavens, but not the madness of men.' Figuring out how the universe works is simple stuff compared to figuring out what causes schizophrenia. The ineffable complexity of brain functioning has defeated past DSM hopes and will frustrate even the best NIMH efforts.

Progress in understanding mental disorders will necessarily be slow, retail, and painstaking -- with no grand slam home runs, just occasional singles, no walks, and lots of strikeouts. No sweeping explanations -- no Newtons, or Darwins, or Einsteins.

Experience teaches that there is very little low hanging fruit when you try to translate the results of exciting basic science into meaningful clinical advances. This is true in all of medicine, not just psychiatry. We have been fighting the war on cancer for 40 years and are still losing most of the battles.

If it has been so hard to figure out how simple breast tissue goes awry to become cancerous, imagine how many orders of magnitude more difficult will it be to eventually understand the hundreds or thousands of ways neurons can misconnect to cause what we now call schizophrenia.

We have learned many remarkable things about how our bodies work. But it is much easier to understand normal functioning than to figure out all the ways it can become abnormal. The NIMH effort may (or may not) be the wave of the future, but most certainly, it can have no impact whatever on the present.

Meanwhile, APA and NIMH are both ignoring the very real crisis of mental health misallocation in this country. While devoting far too many resources to over-treating 'the worried well,' we have badly shortchanged the severely ill who desperately need and very much benefit from our help. Only one-third of severely depressed patients get any care and we have one million psychiatric patients languishing in prisons because they had insufficient access to care and housing in the community. As President Obama put it, it is now easier for the mentally ill to buy a gun than to get an outpatient appointment -- tragic on both counts.

APA and NIMH are both on the sidelines, doing nothing to help restore humane and effective care for those who most need it. DSM-5 introduces frivolous new diagnosis that will distract attention and resources from the real psychiatric problems currently being neglected. NIMH has turned itself

---

almost exclusively into a high power brain research institute that feels almost no responsibility for how patients are treated or mistreated in the here and now.

We are spending fortunes on unnecessary drugs for the worried well while slashing budgets for the care of the really sick. A meta-analytic comparison of treatment effectiveness across medical specialties showed that psychiatry was well above average. But we have to provide the treatment to those who really need and can benefit from it.

With all its well-recognized limitations, well done psychiatric diagnosis remains essential to effective psychiatric care. Diagnosis is reliable enough when it is targeted to real psychiatric disorders, is done by well-trained clinicians, and is not provided prematurely to provide a code for insurance reimbursement.

The single biggest cause of diagnostic inflation and unnecessary treatment is that 80 percent of prescriptions for psychiatric drugs are written by primary care doctors who have insufficient training and too little time in their seven minute visits to be accurate -- and when both doctor and patient are unduly influenced by saturation drug marketing.

So what is a patient or potential patient or parent to make of the confusing struggle between NIMH and DSM-5 debacle?

My advice is to ignore it. Don't lose faith in psychiatry, but don't accept psychiatric diagnosis or treatment on faith -- particularly if it is given after a brief visit with someone who barely knows you. Be informed. Ask lots of questions. Expect reasonable answers. If you don't get them, seek second, third, even fourth opinions until you do.

A psychiatric diagnosis is a milestone in a person's life. Done well, an accurate diagnosis is the beginning of increased self understanding and a launch to effective treatment and a better future. Done poorly it can be a lingering disaster. Getting it right deserves the kind of care and patience exercised in choosing a spouse or a house.

Remember that psychiatry is neither all good or all bad. Like most of medicine, it all depends on how well it is done.

-30-

---

## theguardianTheObserver

<http://www.guardian.co.uk/society/2013/may/12/medicine-dsm5-row-does-mental-illness-exist>

### Medicine's big new battleground: does mental illness really exist?

[Jamie Doward](#)

[The Observer](#), Sunday 12 May 2013

The latest edition of DSM, the influential American dictionary of psychiatry, says that shyness in children, depression after bereavement, even internet addiction can be classified as mental disorders. It has provoked a professional backlash, with some questioning the alleged role of vested interests in diagnosis



Britain's Division of Clinical Psychology is calling for the abandonment of psychiatric diagnosis, even as the American Psychiatric Association's DSM-5 seeks to codify more illnesses. Photograph: Alina Solovyova-Vincent/Getty Images

It has the distinctly uncatchy, abbreviated title DSM-5, and is known to no one outside the world of [mental health](#).

But, even before its publication a week on Wednesday, the fifth edition of the *Diagnostic and Statistical Manual*, psychiatry's dictionary of disorders, has triggered a bitter row that stretches across the Atlantic and has fuelled a profound debate about how modern society should treat mental disturbance.

Critics claim that the American Psychiatric Association's increasingly voluminous manual will see millions of people unnecessarily categorised as having psychiatric disorders. For example, shyness in children, temper tantrums and depression following the death of a loved one could become medical problems, treatable with [drugs](#). So could internet addiction.

Inevitably such claims have given ammunition to psychiatry's critics, who believe that many of the conditions are simply inventions dreamed up for the benefit of pharmaceutical giants.

A disturbing picture emerges of mutual vested interests, of a psychiatric industry in cahoots with big pharma. As the writer, Jon Ronson, only half-joked in a recent TED talk: "Is it possible that the psychiatric profession has a strong desire to label things that are essential human behaviour as a

disorder?"

Psychiatry's supporters retort that such suggestions are clumsy, misguided and unhelpful, and complain that the much-hyped publication of the manual has become an excuse to reheat tired arguments to attack their profession.

But even psychiatry's defenders acknowledge that the manual has its problems. Allen Frances, a professor of psychiatry and the chair of the DSM-4 committee, used his blog to attack the production of the new manual as "secretive, closed and sloppy", and claimed that it "includes new diagnoses and reductions in thresholds for old ones that expand the already stretched boundaries of psychiatry and threaten to turn diagnostic inflation into hyperinflation".

Others in the mental health field have gone even further in their criticism. Thomas R Insel, director of the National Institute of Mental Health, the American government's leading agency on mental illness research and prevention, recently attacked the manual's "validity".

And now, in a significant new attack, the very nature of disorders identified by psychiatry has been thrown into question. In an unprecedented move for a professional body, the Division of Clinical [Psychology](#) (DCP), which represents more than 10,000 practitioners and is part of the distinguished British Psychological Society, will tomorrow publish a statement calling for the abandonment of psychiatric diagnosis and the development of alternatives which do not use the language of "illness" or "disorder".

The statement claims: "Psychiatric diagnosis is often presented as an objective statement of fact, but is, in essence, a clinical judgment based on observation and interpretation of behaviour and self-report, and thus subject to variation and bias."

The language may be arcane, but the implication is clear. According to the DCP, "diagnoses such as schizophrenia, bipolar disorder, personality disorder, attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorders and so on" are of "limited reliability and questionable validity".

Diagnosis is often described as the holy grail of psychiatry. Without it, psychiatry's foundations crumble. For this reason Mary Boyle, emeritus professor at the University of East London, believes that the impact of the DCP's statement marks a dramatic shift in the mental health debate.

"The statement isn't just an account of the many problems of psychiatric diagnosis and the lack of evidence to support it," she said. "It's a call for a completely different way of thinking about mental health problems, away from the idea that they are illnesses with primarily biological causes."

Psychiatrists say that such claims have been made many times before and ignore mountains of peer-reviewed papers about the importance that biological factors play in determining mental health, including significant work in the field of genetics. It also, they say, misrepresents

psychiatry's position by ignoring its emphasis on the impact of the social environment on mental health.

Most psychiatrists concede that diagnosis of psychiatric disorder is not perfect. But, as Harold S Koplewicz, a leading child and adolescent psychiatrist, explained in an article for the *Huffington Post*, "those lists of behaviours in the DSM, and other rating scales we use, are tools to help us look at behaviour as objectively as possible, to find the patterns and connections that can lead to better understanding and treatment".

Independent experts also say that it is hard to see how the world of mental health could function without diagnosis. "We know that, for many people affected by a mental health problem, receiving a diagnosis enabled by diagnostic documents like the DSM-5 can be extremely helpful," said Paul Farmer, chief executive of the mental health charity Mind. "A diagnosis can provide people with appropriate treatments, and could give the person access to other support and services, including benefits."

But even Farmer acknowledged that diagnosis is imperfect. "For example it takes, on average, 10 years before a person with bipolar disorder gets a correct diagnosis, which comes with a number of mental and physical health implications, such as side-effects from the wrong medication," he said.

But now the DCP has transformed the debate about diagnosis by claiming that it is not only unscientific but unhelpful and unnecessary.

"Strange though it may sound, you do not need a diagnosis to treat people with mental health problems," said Dr Lucy Johnstone, a consultant clinical psychologist who helped to draw up the DCP's statement.

"We are not denying that these people are very distressed and in need of help. However, there is no evidence that these experiences are best understood as illnesses with biological causes. On the contrary, there is now overwhelming evidence that people break down as a result of a complex mix of social and psychological circumstances – bereavement and loss, poverty and discrimination, trauma and abuse."

Eleanor Longden, who hears voices and was told she was a schizophrenic who would be better off having cancer as "it would be easier to cure", explains that her breakthrough came after a meeting with a psychiatrist who asked her to tell him a bit about herself. In a paper for the academic journal, *Psychosis*, Longden recalled: "I just looked at him and said 'I'm Eleanor, and I'm a schizophrenic'."

Longden writes: "And in his quiet, Irish voice he said something very powerful, 'I don't want to know what other people have told you about yourself, I want to know about you.'"

"It was the first time that I had been given the chance to see myself as a person with a life story, not as a genetically determined schizophrenic with aberrant brain chemicals and biological flaws and deficiencies that were beyond my power to heal."

Longden, who is pursuing a career in academia and is now a campaigner against diagnosis, views this conversation as a crucial first step in the healing process that took her off medication. "I am proud to be a voice-hearer," she writes. "It is an incredibly special and unique experience."

Hers is an inspirational story. But to focus on one person's experiences would be to ignore the testimonies of others who believe that their mental distress has biomedical roots. Indeed, many people report that they can see no clear reason for their distress and firmly believe their life stories have little bearing on their mental state.

Nevertheless the DCP believes the world of mental health treatment would benefit from a "paradigm shift" so that it focused less on the biological aspects of mental health and more on the personal and the social.

"In essence, instead of asking 'What is wrong with you?', we need to ask 'What has happened to you?'," Johnstone said. "Once we know that, we can draw on psychological evidence to show how life events and the sense that people make of them have led to the current difficulties."

A shift away from a biological focus would give succour to psychiatry's critics, who question society's reliance on the use of drugs or interventions such as electroconvulsive therapy to treat psychiatric breakdown.

Prescriptions of antidepressants increased nearly 30% in England between 2008 and 2011, the latest available data.

A recent article in the online edition of the *British Medical Journal* suggested "that only one in seven people actually benefits" from antidepressants and claimed that three-quarters of the experts who wrote the definitions of mental illness had links to drug companies.

Professor Sir Simon Wessely, chair of Psychological [Medicine](#) at King's College London (KCL), argues that his profession has always emphasised the need to "look at the whole person, and indeed beyond the person to their family, and to society", and that claims psychiatry is being "taken over by the biologists" are unfounded.

This defence, which will be outlined at a major international conference on the impact of DSM-5, to be held at KCL at the beginning of June, is often lost in a shrill debate.

Indeed, it is noticeable just how vocal psychiatry's critics are becoming ahead of the publication of DSM-5. In an attempt to pour oil on troubled waters, Professor Sue Bailey, president of the Royal College of Psychiatrists, conceded that "many of the criticisms that are levelled at DSM" were valid

---

but warned that the row was "distracting us from the real challenge, which is providing high-quality mental health services and treatment to patients and carers".

Bailey insisted the manual's publication "won't have any direct influence on the diagnosis of mental illness in the NHS". But it will frame the wider debate about how people see mental health. As Wessely acknowledged, psychiatry's critics will seize on the manual's "daft" new categories of mental disorder to bolster claims that the profession is "medicalising normality".

There is an irony here. Psychiatry lies wounded and much of the damage appears to be self-inflicted. The emotional scars may take decades to heal.

### **How the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders is changing IN THE NEW MANUAL, DSM-5:**

- Disruptive mood dysregulation disorder, or DMDD, for those diagnosed with abnormally severe and frequent temper tantrums.
- Binge-eating disorder. For those who eat to excess 12 times in three months.
- Hoarding disorder, defined as "persistent difficulty discarding or parting with possessions, regardless of actual value".
- Oppositional defiant disorder, described by one critic as a condition afflicting children who say "no" to their parents more than a certain number of times.

### **OUT OF THE MANUAL**

The term "gender identity disorder", for children and adults who strongly believe they were born the wrong gender, is being replaced with "gender dysphoria" to remove the stigma attached to the word "disorder". Experts liken the switch to the removal of homosexuality as a disorder in the 1973 edition.

### **AND THE FUTURE ?**

Hypersexuality and internet addiction will both be included in a section that suggests they could become disorders following further research.