

Pour une vision critique des diagnostics psychiatriques

Guide d'animation d'atelier



*Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec*

Préambule

Ce guide d'animation a d'abord été élaboré par Marie-Pier Cyr, stagiaire au Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec au cours de l'hiver 2017 et étudiante à la propédeutique en travail social de l'Université de Montréal. L'idée de créer cet atelier est venue de la demande des membres du Campagnol, une ressource membre du RRASMQ, qui souhaitaient recevoir davantage d'information concernant le DSM-5 et les types de diagnostics qui y sont présentés.

Le souci de bâtir un atelier correspondant aux besoins des personnes concernées a amené Marie-Pier à consulter d'autres ressources afin d'identifier leurs perceptions du DSM, leurs questionnements ainsi que leurs besoins. C'est à partir de cet ensemble de réponses que s'est construit cet atelier.

À la fin de son stage, Marie-Pier a animé l'atelier à Prise 2 en présence d'une quinzaine de membres et d'intervenants. Le guide d'animation a ensuite été bonifié par Marie-Pier, l'équipe du RRASMQ et Céline Cyr, formatrice GAM pour le RRASMQ.

Introduction

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'Association Américaine de Psychiatrie est un manuel sur lequel les psychiatres peuvent s'appuyer pour établir le diagnostic de trouble de santé mentale d'un individu.

Avant même sa parution le 18 mai 2013, le DSM-5 était déjà grandement contesté. En effet, l'ajout de plusieurs diagnostics et la modification de ceux déjà présents sont loin de faire l'unanimité. On lui reproche de médicaliser des problèmes d'ordre social et de renforcer la stigmatisation. Il va sans dire que devant le grand nombre de symptômes et de diagnostics, en plus du flou entourant les méthodes de diagnostic, il est intéressant de tenir un atelier tel que celui-ci.

Cet atelier propose de fournir des informations sur le DSM-5 afin de démystifier le sujet et contribuer à l'exercice d'une vision critique¹.

Les activités présentes dans ce guide proviennent, ou sont inspirées, d'un atelier sur le DSM-4 produit par le RRASMQ en 1994 et de la formation sur la Gestion autonome de la médication.

Ce guide d'animation s'adresse à toute personne ayant le désir de transmettre de l'information et d'animer des réflexions au sein d'un groupe. L'équipe du RRASMQ demeure disponible pour répondre à vos questions et vous offrir son soutien.

À la fin du document, vous trouverez un cahier d'information à remettre à chacun des participants lors de l'atelier.

Le temps estimé pour cet atelier est d'environ 4h00 heures. Cependant, il peut être divisé en deux ateliers de 2h00, en se référant à la pause prévue dans le déroulement.

La médicalisation, c'est le fait d'apposer un diagnostic sur quelque chose qui n'est pas médical : la souffrance, les étapes normales de la vie (adolescence, deuil, peine d'amour, etc.), les émotions, les caractéristiques personnelles (la timidité), etc.

En d'autres termes, c'est « un processus par lequel des problèmes non médicaux se qualifient et se traitent comme des problèmes médicaux, en décontextualisant les situations et en détournant l'attention de l'environnement social vers les individus»

* Ichiro KAWACHI et Peter CONRAD (1996), cités dans MINTZES, Barbara (2002), dans Commission de l'éthique de la science et de la technologie. Avis-Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard critique, Québec, 2009, p.24

¹ La vision critique constitue un outil indispensable dans un monde où il y a énormément d'information et où l'information reçue est bien souvent porteuse de messages contradictoires. Penser, analyser et agir de manière critique permet, entre autres, de se situer par rapport à une multitude d'idées préconçues et de généralisations abusives. Cela favorise l'exercice de choix personnels et collectifs éclairés et soutient la prise de position sur des enjeux complexes (AGIDD-SMQ. (2014). « Apprendre, exercer et promouvoir la vision critique en santé mentale, Guide d'animation de la démarche 2014-2015».

<http://www.agidd.org/activites/vision-critique/>

Objectifs de l'atelier

Le présent atelier a comme objectifs de :

- Fournir des informations nécessaires concernant le DSM-5 dans le but de démystifier le sujet
- Contribuer à l'exercice d'une vision critique sur le DSM-5

Déroulement

a) Partie 1 : Discussion et information sur le DSM

1. Ouverture
2. Remue-méninges autour du mot «diagnostic»
3. Définition du DSM
4. Bref historique du DSM
5. Parenthèse culturelle
6. À quoi sert le DSM-5?
7. Comment établir un diagnostic?

b) Partie 2 : Concept de diagnostic

1. Exercice sur la subjectivité du diagnostic
2. Fiabilité du diagnostic
3. La normalité, qu'est-ce que c'est?
4. Principales critiques de la 5e version du DSM
5. L'impact de l'intériorisation du modèle biopsychiatrique
6. L'avenir du DSM
7. Conclusion de l'atelier

Partie 1 : Discussion et information sur le DSM

Matériel nécessaire à la partie 1	Temps nécessaire à l'activité
<ul style="list-style-type: none"> • Tableau (grandes feuilles pour écrire, tableau noir, etc.) • Crayons-feutre ou craies • Papier et crayons pour tous les participants • Optionnel : DVD : <i>Balazs. J. (2016). « Ils entendaient des voix ». Production Pschyzo films. (possible de l'emprunter au RRASMQ)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Environ 2h00

1. Ouverture | 20 minutes

1. Accueillir les participants
2. Faire un tour de table pour que chacun se présente
 - *Quel est votre nom? Que venez-vous chercher dans cet atelier?*
3. Présenter l'objectif et le déroulement de l'atelier
 - *Fournir des informations nécessaires concernant le DSM-5 dans le but de démystifier le sujet*
 - *Contribuer à l'exercice d'une vision critique sur le DSM-5*
4. Proposer au groupe un «accord d'inconfort». Apprendre suppose qu'il faut parfois prendre des risques, sortir de sa zone de confort, se questionner. Demander au groupe : Quelles sont les conditions qui font qu'on peut vivre au mieux cet inconfort? Par exemple : la bienveillance, l'accueil, le non-jugement, le droit à l'expérience, l'écoute, etc.
5. Remettre le document d'informations sur l'atelier. Ainsi, ils ne sont pas obligés de prendre des notes.

2. Remue-méninges autour du mot diagnostic² | 35 minutes

But de l'exercice : Prendre conscience de ce que représente un diagnostic en santé mentale pour chacun. Faire ressortir la diversité des perceptions entourant le diagnostic

Exercice de remue-méninges (15-20 minutes)

- Demander au groupe « Qu'est-ce que un remue-méninge? Quelles sont les règles d'un remue-méninge?»
 - Dire à voix haute les mots, les idées qui viennent spontanément
 - Respecter les temps de pause et le silence
 - Ne pas de commenter ou de faire de jugement (positif ou négatif) : il n'y a pas de bons mots ou de mauvais mots à associer.

- Débuter le remue-méninges en inscrivant le mot « diagnostic » au centre d'un tableau ou de feuilles collées au mur.
- Inviter les personnes à nommer spontanément des mots qu'elles associent au mot thème sans susciter de discussion. «Qu'est-ce qui vous vient en tête, qu'est-ce que vous ressentez lorsque vous lisez ce mot?»
- Incrire les mots. Réserver un espace vierge en bas à droite du tableau pour y inscrire l'analyse en deuxième étape.
- Respecter les moments de réflexion, même ponctués par des silences, ils peuvent être productifs.
- Si des catégories de mots ne sont pas évoquées, relancer le groupe par des questions du type « Qu'en est-il des émotions ? Des croyances ? Des impacts dans notre vie?».
- Demander au groupe : Votre perception d'aujourd'hui est-elle la même qu'elle l'a toujours été? A-t-elle évoluée?

Analyse du remue-méninge avec le groupe (10-15 minutes)

- Demander aux personnes participantes :
 - Comment vous réagissez devant ce tableau?
 - Que voyez-vous? Qu'est-ce qui vous frappe? Y a-t-il des mots contrastes? Les relier avec un crayon de couleur, et discuter autour de ces contrastes.

² Exercice inspiré de la Formation-sensibilisation sur la Gestion autonome de la médication en santé mentale (GAM), Guide d'animation pour les formateurs et formatrices, RRASMQ, 2016.

- Expliquez que ces mots parlent de nos représentations symboliques du diagnostic, que celles-ci influencent notre posture. Que nos représentations peuvent être à la fois positives et négatives, ambivalentes, changeantes...C'est ce qui explique bien souvent notre malaise.

La perception du diagnostic en santé mentale n'est pas neutre, parfois il peut amener un soulagement de pouvoir identifier, mettre un mot sur ce que l'on vit, parfois on ressent beaucoup de jugements des autres. Cela peut être stigmatisant, donc on ressent de la honte. Il peut y avoir une contradiction dans ce qu'on ressent face à cela, ce qui peut expliquer le malaise. Le diagnostic signifie quelque chose pour chacun d'entre vous et les mots que vous avez nommés sont des symboles. Il importe de prendre en compte ces significations tant pour la personne concernée que pour son entourage, car ces représentations influencent la manière de percevoir et d'aborder la santé mentale.

Pour les ressources qui possèdent le documentaire « Ils entendaient des voix » de Jonathan Balazs (2016), diffuser le segment entre 10 minutes 17 secondes et 12 minutes 25 secondes. Autrement il est possible d'emprunter le documentaire au RRASMQ.

S'il n'est pas possible de diffuser le documentaire, vous pouvez lire les extraits tirés de celui-ci. Ces extraits permettent de montrer l'ambivalence que peut montrer un diagnostic chez une personne.

* Dans le cas où des perceptions complètement polarisées sont ressorties de l'activité du remue-méninge (c'est-à-dire complètement positif ou négatif) démontrer que pour certaines personnes, la perception du diagnostic peut avoir un impact autre sur leur vie. S'appuyer des témoignages tirées du documentaire, retranscrits ci-bas :

*« J'ai rencontré plusieurs personnes atteintes de schizophrénie, et je me connais mieux, et je vois que l'étiquette de schizophrénie est utile pour décrire certains symptômes qui sont plus ou moins similaires d'une personne à l'autre. **C'est utile, mais c'est aussi contraignant.** Pour une personne qui souffre de schizophrénie, il ne faut pas utiliser ce terme pour résumer toute la personnalité de l'individu, c'est un adjectif comme un autre pour se décrire. Je suis une personne loyale et patiente, je suis aussi schizophrène. Cela décrit un aspect de moi-même».*

«Je crois qu'à l'époque, l'étiquette a été utile, pour moi et ma famille, car c'était quelque chose d'extérieur à moi qui disait : «Ah! C'est à cause de la schizophrénie que Rachel est comme ça!». Je pouvais nommer les choses :

*délire, hallucination, distance. Pourtant, je n'avais jamais eu l'occasion de me demander comment une chose nommée schizophrénie a un lien avec mon histoire et mon identité et comment je me sentais et ce que je voulais faire de tout ça. Donc oui, ça m'a aidé à me déculpabiliser, mais en même temps, ça m'a donné le sentiment d'être défectueuse et ça m'a empêché de contempler mon passé et reprendre ma vie en main. C'était comme **un piège** magnifique qui m'a presque tuée».*

«Les diagnostics, je m'en méfie, car je crois qu'ils ferment la porte à toute discussion».

«La maladie est aussi issue de ça. Si on vit quelque chose de difficile, si on ne peut pas en parler, trouver un sens devient impossible. Ce qui cause problème, c'est notre perception».

«Une fois le diagnostic posé c'est difficile de s'en départir. Et cette étiquette est destructrice».

3. Définition du DSM | 15 minutes

Demander au groupe :

- **C'est quoi le DSM?** Prendre quelques réponses pour amener la définition officielle.

Le DSM est un ouvrage de référence publié par l'Association américaine de psychiatrie (American Psychiatric Association ou APA) décrivant et classifiant les troubles de santé mentale, considéré comme un diagnostic médical . Il est traduit en plusieurs langues et utilisé dans le monde entier.

- **Comment un diagnostic entre dans le DSM ou en sort?**

La liste est votée en assemblée à l'Association des psychiatres américains (APA), composé d'une cinquantaine d'expert principalement des hommes, riches et blancs.

- **Qu'est-ce que le DSM classifie?**

Des comportements, des symptômes...

- **Quelles sont les grandes catégories de diagnostics?**

Troubles neurodéveloppementaux (autisme, déficit d'attention, etc.), spectre de la schizophrénie, troubles anxieux, troubles obsessionnels-compulsifs, troubles dissociatif

(ex : dépersonnalisation, amnésie dissociative), troubles dépressifs, troubles bipolaires, troubles liés à des traumatismes, dysfonction sexuelle, dysphorie de genre, trouble du contrôle des impulsions et des conduites (trouble oppositionnel), troubles de l'alternance veille-sommeil, troubles paraphiliques, troubles du contrôle sphinctérien, troubles des conduites alimentaires, trouble à symptomatologie somatique, troubles liés à une substance troubles addictifs, troubles neuro-cognitifs (ex : délirium), troubles de la personnalité.

LE DSM-V comporte également une section intitulée «Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique» qui évoque les sévices et négligences, les problèmes relationnels, professionnels, lié au logement, aux conditions économiques, à l'environnement social qui sont à prendre en compte car ils «constituent des problèmes susceptibles d'affecter le diagnostic, l'évolution, le pronostic ou le traitement du trouble mentale d'un patient» (Mini DSM-5, American Psychiatric Association, p.311)

4. Bref historique du DSM | 15 minutes

Questionner le groupe : **Savez-vous d'où vient le DSM? Quand est-il apparu pour la première fois, pourquoi?** Puis livrer le contenu suivant à titre informatif. Mettre l'accent sur le nombre de diagnostics qui augmente à chacune des parutions.

1952 : Première version du DSM, parut suite à la Deuxième Guerre mondiale, pour combler un besoin de classification des troubles de santé mentale à la hausse. Plusieurs médecins, qui n'étaient pas tous familiers avec la psychiatrie, se sont vus contraints de se diriger vers ce champ de pratique devant la situation d'après-guerre et la nécessité de soigner les soldats. Il fallait donc un instrument qui soit simple et qui permette à un grand nombre de médecins recrutés rapidement et très peu formés de porter un diagnostic psychiatrique¹. On y répertorie **94 pathologies** à l'époque. La classification est d'ailleurs centrée sur les réactions névrotiques (névrose de guerre).

1968 : DSM-II, regroupe **137 pathologies** différentes. Les deux premières versions du DSM reflétaient la pensée psychodynamique de Freud. L'homosexualité fait encore partie des diagnostics présents dans cette version. C'est à cette époque aussi que sont introduits les troubles de la personnalité.

1980 : DSM- III, marque une coupure radicale avec la version précédente, puisqu'il se veut athéorique, c'est-à-dire que son contenu se veut neutre et non influencé par des

On retourne
65 ans en
arrière...

16 ans après
la première
parution

théories, tel que ce fut le cas avec la pensée psychodynamique lors de la deuxième version du DSM. Retrait de l'homosexualité des diagnostics.

1994 : DSM- IV, on y recense **297 pathologies**.

2013 : Parution du DSM-V, qui génère énormément de critiques. On y recense près de **400 pathologies**.

Qu'est-ce qui explique cette augmentation du nombre de pathologies, selon vous ?

5. Parenthèse culturelle | 10 minutes

Le DSM est apparu en Amérique du Nord pour répondre aux besoins de l'époque. Il s'est donc construit sur certaines normes propres à cette culture.

Tout à l'heure, nous avons mentionné qu'il est utilisé partout à travers le monde. Selon vous, **est-ce que le fait que le DSM soit construit selon une perspective nord-américaine peut compliquer son utilisation dans d'autres pays?**

«Le DSM et le chapitre traitant des maladies mentales de la CIM (Classification Internationale des Maladies) établie par l'OMS sont actuellement les deux classifications mondiales de référence»³.

En France, la classification officielle utilisée par les professionnels de la psychiatrie est la CIM-11 (nouvelle version sortie en juin 2018). Même si la CIM-11 est très proche du DSM IV, une majorité des professionnels européens opte pour une approche psychodynamique des troubles de santé mentale, et donc ne sont pas satisfaits de l'athéorie du DSM⁴.

³ POUPRY, M. (2013). «Pour un essai de synthèse des critiques récentes du DSM en France et dans les pays anglo-saxons.». <http://www.ecolpsy-co.com/download/Critiques%20DSM.pdf>

⁴ POUPRY, M. (2013). «Pour un essai de synthèse des critiques récentes du DSM en France et dans les pays anglo-saxons.». <http://www.ecolpsy-co.com/download/Critiques%20DSM.pdf>

6. À quoi sert le DSM? | 10 minutes

Pour la section suivante vous pouvez former des petites équipes de 2-3 personnes qui à chaque question lancée prendront quelques minutes pour tenter de répondre ensemble avant de partager en grand groupe.

- Poser la question au groupe : **À quoi ça sert le DSM ?**
 - ⇒ Permet aux psychiatres de communiquer, d'avoir un langage commun, notamment pour la recherche.
 - ⇒ Permet d'appuyer un verdict de non-responsabilité criminelle
 - ⇒ Permet le remboursement d'un traitement
 - Permet d'établir une rente d'invalidité (inaptitude au travail).
 - Permet d'orienter la scolarité d'un élève / obtenir des subventions pour les élèves
- Selon vous, **est-ce que les diagnostics dans le DSM permettent de déterminer la cause du trouble de santé mentale?**

Le diagnostic n'explique pas les causes du trouble mental chez un individu, et n'explique pas non plus le degré de contrôle que l'individu a de ses comportements par rapport à son trouble.

- Selon vous **est-ce que le diagnostic permet de prédire les comportements d'un individu ?**

Les caractéristiques du diagnostic ne sont pas suffisantes pour démontrer le contrôle des comportements de l'individu.

- Selon vous, **est-ce que le DSM fournit les indications quant au traitement pour le trouble de santé mentale en question?**

Le DSM-5 ne fournit aucune indication de traitement pour aucun des troubles recensés

En résumé, quand on pose un diagnostic, c'est un point de vue subjectif sur la personne à un moment précis. Un point de vue forgé à partir de comportement décrit à ce moment-là, sans aborder les causes (dans le passé) ou sans être capable de prédire ses comportements (dans le futur).

7. Comment établir un diagnostic ? | 10 minutes

- Poser la question au groupe : **Comment établir un diagnostic, d'après-vous ?**

En psychiatrie, les diagnostics sont complexes à établir, car les médecins ne peuvent compter sur des mesures physiologiques objectives (contrairement, par exemple, au diagnostic de l'hypertension qui repose en bonne partie sur la mesure de la tension artérielle du malade).

Comme le reconnaît la plus haute instance psychiatrique, l'Association américaine de psychiatrie, les « maladies » mentales ne peuvent être ni détectées ni diagnostiquées par l'examen des cellules, des tissus ou des organes. Il n'existe actuellement aucun test sanguin, radiographie ou scanner du cerveau qui puisse diagnostiquer une maladie mentale.⁵

De plus l'être humain est un être relationnel, constamment influencé par l'interaction avec l'environnement.

- Poser la question au groupe : **Il y a plusieurs facteurs sociaux qui peuvent influencer notre bien-être. Lesquels selon-vous?**

Récolter quelques réponses, au besoin donner ces exemples : deuil, relations conflictuelles, difficultés financières, emploi stressant, etc.

On ne peut donc comprendre les troubles de santé mentale que par une approche psychosociale, puisqu'il n'existe pas à ce jour de tests pour cibler les marqueurs biologiques.

À partir des informations fournies par l'individu lui-même ou son entourage, par rapport à sa souffrance, le psychiatre tente de faire cadrer ces propos dans différentes catégories, selon les symptômes qu'il tente d'identifier selon ce que la personne rapporte. À partir de ces symptômes, un diagnostic qui est posé, qui permet de déterminer les possibilités de traitement pour l'individu. **En d'autres mots, le psychiatre n'a d'autre moyen que de se baser sur les propos de l'individu ou sur les propos de son entourage, et sur ce qu'il observe. Cela explique en partie pourquoi il est difficile d'atteindre un consensus exact entre les différents professionnels.**

⁵ U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, 2010, version française Socrate-Réhabilitation, 2011

Exercice :

- Pour illustrer ce propos, vous pouvez dessiner au tableau une forme abstraite et demander au groupe : Qu'est-ce que c'est d'après vous?
- Ensuite, donner au groupe les catégories de formes : les carrés, les rond, les triangles, les losanges, les rectangles, etc. Puis demandez, dans quelle catégorie, cette forme pourrait aller?
- Vous aurez assurément des réponses différentes et des parties de cette forme abstraite ne seront pas pris en compte.

<h2>Pause</h2>

Pause de 10 minutes. Avant de partir à la pause ou au retour, faite un petit «Comment ça va jusqu'à maintenant?» Mentionner aux participants que vous êtes disponible pour leur questions ou s'ils souhaitent partager quelque chose.

<h2>Partie 2 : Diagnostic</h2>

Matériel nécessaire à la partie 2	Temps nécessaire à l'activité
<ul style="list-style-type: none"> • Tableau (grandes feuilles pour écrire, tableau noir, etc.) • Crayons-feutre ou craies • Papier et crayons pour tous les participants • Version imprimable de l'exercice sur la subjectivité (voir Annexe 3) • Cartons «vrai ou faux» (voir Annexe 4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Environ 2h00

1. Exercice sur la subjectivité | 15 minutes

(voir Annexe 3 pour la version imprimable)

Alain est un homme de 46 ans. Il occupe un emploi très exigeant, où il travaille parfois jusqu'à 60 heures par semaine ! Depuis quelque temps, il se sent déprimé. Il raconte à son médecin qu'il ne dort presque plus et ne mange pratiquement pas. Il n'est pas certain de comprendre ce qui se passe, puisqu'avant la mort de sa mère, il avait une très grande énergie. Il entreprenait plusieurs projets de grande envergure et avait une confiance extrême en ses propres capacités.

- En regard de ces informations, faire discuter le groupe quant au diagnostic qu'un psychiatre pourrait donner à Alain.
- *Selon vous, parle-t-on de dépression ? Bipolarité ? Deuil ?*
- *Peut-on réellement dire qu'Alain a un trouble de santé mentale ? Est-ce qu'il est simplement triste de la perte de sa mère ? Si ce sont les seules informations qu'il livre au médecin, comment savoir ?*
- *Avez-vous pensé à la possibilité des facteurs sociaux, comme le fait d'avoir un emploi exigeant ?*

Si c'est le cas, souligner le fait qu'il y a une divergence dans leurs perceptions, qu'il est difficile d'obtenir un « diagnostic » unanime.

2. Fiabilité d'un diagnostic | 10 minutes

Dans une étude publiée dans *The American Journal of Psychiatry*, il a été possible de constater le manque de fiabilité dans les critères diagnostiques du DSM-5⁶.

Cette étude réalisée par certains des principaux auteurs du nouveau manuel consistait à fournir à des groupes de deux cliniciens ayant reçu au préalable toute l'information sur le DSM-5 des cas fictifs qu'ils devaient catégoriser. Pour évaluer la solidité du manuel, les auteurs ont ensuite regardé les différences de diagnostics posés par chacun des deux médecins. Dans l'étude, si l'avis des deux médecins est en désaccord, le coefficient vaut 0. S'ils sont en accord parfait, il vaut 1.

Pour l'animation : Dessiner une ligne avec «0» à une extrémité et «1» à l'autre, en expliquant que si les psychiatres étaient en accord, on se rapprochait du 1 (totalement

⁶ Borde, V. (2013). «DSM-5 : la folie des diagnostics en santé mentale ». L'Actualité.
<http://www2.lactualite.com/valerie-borde/2013-01-21/dsm-5-la-folie-des-diagnostics-en-sante-mentale/>

en accord) et si les psychiatres étaient en désaccord, on se rapprochait du 0 (totalement en désaccord).

Ex : _____

0(désaccord)

1(accord)

Demander au groupe où ils pensent que le résultat se situe, puis situer sur la ligne les résultats.

Résultats : Comme on le voit, le DSM-5 ne permettra pas aux médecins de poser des diagnostics sûrs pour un grand nombre de troubles, y compris pour des problèmes courants comme la dépression grave (kappa de 0,21 chez l'adulte, 0,28 chez l'enfant) ou le trouble d'anxiété généralisée (0,21). Même certains troubles que l'on pourrait penser comme relativement faciles à diagnostiquer peuvent échapper aux médecins qui suivraient strictement le DSM-5, comme l'alcoolisme (kappa de 0,40) ou la boulimie (0,56).

Ce qu'il faut retenir de l'étude : Autrement dit, si votre médecin vous donne ce diagnostic en se basant sur ce manuel, il y a fort à parier qu'un autre médecin vous en aurait annoncé un autre. Mieux vaut donc en discuter sérieusement avec elle ou avec lui avant de vous lancer dans une longue psychothérapie ou d'avalier des tonnes d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques.

3. La normalité | 15 minutes

- Poser la question au groupe : **En regard de tout ce qu'on a nommé depuis le début de l'activité, qu'est-ce que le DSM classe?**

Le DSM classe des catégories de comportements. Les comportements qui sont classés dans le DSM sont ceux que l'on juge déviants, compulsifs, obsessifs, anormaux, etc.

Sur quoi se base-t-on pour déterminer ce qui est déviant? On se base sur la norme, ce qui est jugé comme adéquat dans notre société.

- Demander au groupe : **Que fait et comment se comporte un individu jugé «normal» dans notre société?**
- Récouter les réponses et les écrire au tableau (ex : avoir un travail, avoir une famille, bien manger, faire du sport, avoir une voiture, etc.)

- Réfléter au groupe les énoncés suivants, et rayer au crayon rouge les éléments qui seront « discrédités ».
 - Si on vit un grand stress au travail et qu'on prend quelques jours de congé, est-ce qu'on est anormal?
 - Si on se divorce et que cette situation nous affecte, est-ce qu'on est anormal?
 - Si on est débordé, qu'on manque de sommeil, qu'on ne s'alimente pas très bien et qu'on néglige de faire du sport, est-ce qu'on est anormal?
 - Si on vit des traumatismes, est-ce qu'on est toujours disposé à remplir toutes ces normes?
- Demander : « **Que retenez-vous de cet exercice ?** »
 - On constate une médicalisation des problèmes sociaux. On pose un regard médical sur des réactions normales d'un individu qui vit une situation insoutenable. Est-ce que le DSM est le meilleur outil pour aborder la souffrance psychique ?
 - Les normes établies dans notre société sont peut-être irréalistes en regard des aléas de la vie. Il est faux de penser qu'à partir du moment où nous ne sommes plus dans la norme, nous sommes automatiquement classés comme étant déviants.

Réflexion possible à avoir avec le groupe : amener l'idée de l'usage du langage biomédical dans le langage commun.

- **Avez-vous remarqué que certains termes et même certains diagnostics sont utilisés régulièrement par plusieurs personnes, comme faisant partie intégrante du langage commun ?**
- **Qu'est-ce que cela nous démontre? *L'omniprésence du biomédical, comment cette perception est intégrée dans notre esprit.***

4. Principales critiques du DSM-5 | 20 minutes

- Question au groupe : **Connaissez-vous les critiques posées sur le DSM-5? En avez-vous entendu parler ?**

1. Le manque de validité⁷

Pour que la définition d'une maladie soit valide, elle doit permettre de la distinguer des autres maladies et de la normalité. L'absence de marqueurs biologiques et d'étiologie (causes) représentent donc un handicap considérable. On reconnaît 4 raisons à cette absence de validité :

- a. La plupart des patients souffrent d'une combinaison variable de plusieurs troubles. La comorbidité aurait dû restée rare si la validité du DSM avait été satisfaisante.
- b. Il y a des catégories non spécifiés qui sont beaucoup plus souvent utilisées que les autres par les praticiens alors qu'elles auraient dû rester une exception.
- c. La frontière entre l'état pathologique et la normalité est nette pour les pathologies sévères mais imprécise pour les troubles plus bénins comme la dépression.
- d. Une même cause peut entraîner des pathologies différentes par exemple une personne ayant subi des agressions sexuelles durant l'enfance peut souffrir de dépression, de trouble anxieux, de schizophrénie, etc.

2. L'Ajout de plusieurs diagnostics⁸ : Livrer le contenu au groupe à titre informatif.

« Allen Frances, psychiatre et ancien responsable du DSM-IV [...] dénonce la « médicalisation de la vie ordinaire » qu'entraînera probablement 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. »⁹

⁷ François Gonon, Quel avenir pour les classifications des maladies mentales? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes, L'information psychiatrique vol.89, n.4, avril 2013, p.287

⁸ Boudou-Laforce, E. (2013). « Le DSM-5 ou le monde normalisé par la psychiatrie ». Le Devoir. <http://www.ledevoir.com/societe/sante/378117/le-dsm-5-ou-le-monde-normalise-par-la-psychiatrie>

⁹ Le Devoir; 14 mai 2013; *Le DSM-5 ou le monde normalisé par la psychiatrie.*

Voici quelques exemples. En les présentant, vous pouvez animer le questionnaire suivant : Et si ces troubles ne seraient pas en fait des réactions normales à des situations anormales?

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

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 trouble dysphorique prémenstruel

Version sévère des variations d'humeur liée aux règles, laisse quant à lui présager un début de pathologisation du syndrome prémenstruel.

Cela donne des arguments à ceux qui sont persuadés que l'humeur des femmes varie avec leur cycle...

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.

Si l'American Psychological Association (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

Modification : 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.

Dans les critères de la dépression majeure, il était précisé : à l'exclusion du deuil, pour expliquer la souffrance vécue par la personne. En supprimant cette exclusion, on ouvre la voie à une médicalisation du deuil.

Certains seuils de tolérance ont été abaissés. Le nombre de critères nécessaires pour un diagnostic a diminué. Par exemple, il y a eu un élargissement des critères du TDAH (le nombre de critère nécessaire a diminué de 8 à 6). Cela augmente le nombre d'enfants et d'adolescents susceptibles de recevoir un diagnostic de TDAH (et donc de recevoir un traitement pharmacologique).

En regard de ces ajouts, il existe différentes critiques :

Médicalisation de la vie ordinaire.

- L'ajout de nouveaux diagnostics et l'abaissement de certains seuils auront pour conséquence :
 - D'augmenter la proportion de gens susceptibles de recevoir des diagnostics psychiatriques.
 - Certains individus seront inutilement stigmatisés.

Les liens 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.

Question au groupe : Qu'est-ce que cela vous dit? Pourquoi selon vous?

Les troubles de santé mentale 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? Les troubles de santé mentale, ou du moins les mots pour en parler varient d'une culture à l'autre. Pourtant, des psychiatres du monde entier utilisent DSM.

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.

5. L'impact de l'intériorisation du modèle biopsychiatrique | 30 minutes

L'approche diagnostic entraîne des modifications importantes dans la perception et dans la connaissance que la personne a de son vécu. Des impacts qui auront aussi beaucoup d'influence sur sa manière d'être en relation avec les services de psychiatrie.

- **Présenter le schéma disponible à l'annexe 4.**

Shery Mead, dans son approche sur le Soutien intentionnel par les pairs, nous invite à reconsidérer le langage de la «maladie mentale» qui nous embourbe dans certaines hypothèses sur ce que les gens vivent et sur notre rôle auprès d'eux. Pour illustrer ce propos, **vous pouvez lire ou faire lire ces deux histoires¹⁰ suivantes au groupe :**

«J'avais 15 ans quand j'ai commencé à souffrir de santé mentale. J'ai consulté un psychiatre qui m'a dit que j'avais ce qu'on appelle la schizophrénie. Pendant quelques années, mes symptômes se sont aggravés et les gens craignaient que je me fasse mal, alors on m'a hospitalisée. Ils m'ont stabilisée avec de la Thorazine et des traitements par électrochocs, puis m'on renvoyée à la maison. Pendant longtemps, j'ai été assez malade mais ensuite, j'ai commencé à pouvoir gérer mes symptômes.»

Et maintenant, la version sans langage de santé mentale :

«J'avais 15 ans quand j'ai commencé à me sentir différente des autres et très seule. Pendant les années qui ont suivi, je faisais des choses plutôt extrêmes. Elles me paraissaient logiques dans le contexte de mes pensées et de mes sentiments, mais je crois que ça effrayait les gens qui ne comprenaient pas vraiment ce que je traversais. On m'a mise dans un hôpital, où j'ai perdu tout espoir d'être une personne «normale». On m'a fait prendre beaucoup de médicaments qui m'assommaient en permanence. Quand j'en suis sortie, j'ai jeté tous les médicaments et je me suis consacrée corps et âme à la musique. Quelques années plus tard, au sortir d'un mariage difficile, j'ai commencé à avoir des expériences similaires à celles de mon enfance. J'avais des sentiments très forts et me sentais éloignée tout. On m'a admise à l'hôpital une fois de plus, en me disant que j'avais une maladie mentale majeure et que je devrais prendre un congé d'invalidité. J'ai fait ça pendant un moment, mais je me suis rendu compte que je faisais que suivre leurs croyances plutôt que d'examiner comment j'en étais arrivée là. Peu à peu, j'ai trouvé quoi faire de mon intensité et je grandis vraiment depuis ce temps-là.»

- **Qu'avez-vous ressenti en écoutant la première histoire...puis la deuxième?**
- **Quelles étaient vos pensées à propos de la personne dans la 1^e histoire...puis la deuxième?**

¹⁰ Extrait du cahier de formation Intentional Peer Support : An Alternative Approach, 2017

6. L'avenir du DSM | 10 minutes

Pour discuter de l'avenir du DSM, voici une citation inspirante d'Ellen Corin parut dans la revue du RRASMQ L'autre Espace, vol 4, no. 2, p. 10,.

Vers un nouveau DSM qui s'appuiera sur des marqueurs neurobiologiques?

«il y a de plus en plus de chercheurs pour lesquels l'entièreté de l'univers de la santé mentale s'explique uniquement par les neuro-sciences, la neuro-biologie, la génétique (...) Quand on voit que la NIMH qui est quand même l'organisme qui chapeaute toute la santé mentale en Amérique du Nord a critiqué très fortement la récente version du DSM-V, notre premier réflexe c'est de s'en réjouir en se disant qu'on va enfin introduire d'autres approches. Mais non, c'est parce que la vérité de la santé mentale est dans la neuro-biologie. Ne regardons même plus les symptômes (...) plus rien à écouter ni à observer, plus rien à comprendre mais simplement observer et espérer définir les paramètres neurobiologiques par rapport auxquels on dira c'est une dépression, c'est un risque de suicide, c'est une schizophrénie, ou c'est un trouble du développement»

Et des approches de psychologie individualisantes

«Ce n'est guère mieux du côté de la psychologie avec le très grand développement des approches cognitivo-comportementales. Dans la version nord-américaine (la version en Angleterre est beaucoup plus nuancée) le cognitivo-comportemental consiste à travailler très fort à définir les déficits, à trouver les moyens d'y remédier, à recadrer les comportements, à apprendre aux gens que s'ils pensent qu'ils sont déprimés, non ils ne le sont pas. Cette approche-là est en extériorité par rapport à l'expérience. Elle est sensée être basée sur les « évidences based practices » ou les données probantes¹¹. Et les trucs plus humanistes ? On n'écoute plus. Et on n'a plus le temps de toute façon.»

7. Conclusion | 15 minutes

Exercice de Vrai ou Faux

- En regard de tout ce que nous avons abordé ensemble aujourd'hui, inviter les participants à répondre aux énoncés suivants selon s'ils pensent qu'ils sont vrai ou faux.
- Distribuer les cartons «vrai» et «faux» à chacun des participants. (Disponibles en Annexe 4)

¹¹ Voir Corin, E., Poirel, M-L., Rodriguez, L. (2011) Le mouvement de l'être. Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale. Presse de l'Université du Québec, Chap. 2, p 13 ss.

- **Il est possible de poser un diagnostic en santé mentale en s'appuyant sur des facteurs biologiques (FAUX)**
 - Il n'existe à ce jour aucune méthode pour tenter de déterminer les causes biologiques d'un trouble de santé mentale.
- **L'utilisation du DSM permet aux professionnels de s'entendre sur le diagnostic d'une personne (FAUX)**
 - Bien que le DSM soit pensé dans l'optique d'obtenir un langage commun entre les professionnels, certaines études ont démontré que le DSM ne semble pas permettre une fidélité inter juges.
- **Les troubles de santé mentale s'expliquent aussi par des facteurs d'ordre social (VRAI)**
 - La santé mentale est aussi influencée par des facteurs sociaux, comme les expériences vécues dans l'enfance, la famille, la communauté et la société.¹²
- **Les diagnostics en psychiatrie sont infaillibles (FAUX)**
 - Comme nous l'avons vu, les professionnels n'arrivent pas toujours à un consensus quant au diagnostic de la personne.¹³
- **La liste des diagnostics en santé mentale a diminué au cours des 30 dernières années (FAUX).**
 - Le nombre de diagnostics augmente au fil des révisions du DSM. Depuis la parution de la première version en 1952, nous sommes passés de 94 pathologies à plus de 400!¹⁴
- **Les compagnies pharmaceutiques exercent une influence sur la définition des problèmes de santé mentale (VRAI).**
 - Il s'agit d'ailleurs d'une des critiques du DSM-5, les liens évidents avec les compagnies pharmaceutiques¹⁵.

¹² Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2012 – Santé mentale, données auto-déclarées de la population âgée de 18 ans et plus

¹³ Borde, V. (2013). «DSM-5 : la folie des diagnostics en santé mentale ». L'Actualité.

<http://www2.lactualite.com/valerie-borde/2013-01-21/dsm-5-la-folie-des-diagnostics-en-sante-mentale/>

¹⁴ Van Rillaer, J. (2013). « Utilité et dangers des catégorisations psychopathologiques ». Sciences et pseudo-sciences.

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

¹⁵ Boudou-Laforce, E. (2013). «Le DSM-5 ou le monde normalisé par la psychiatrie ». Le Devoir.

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

Évaluation de l'atelier

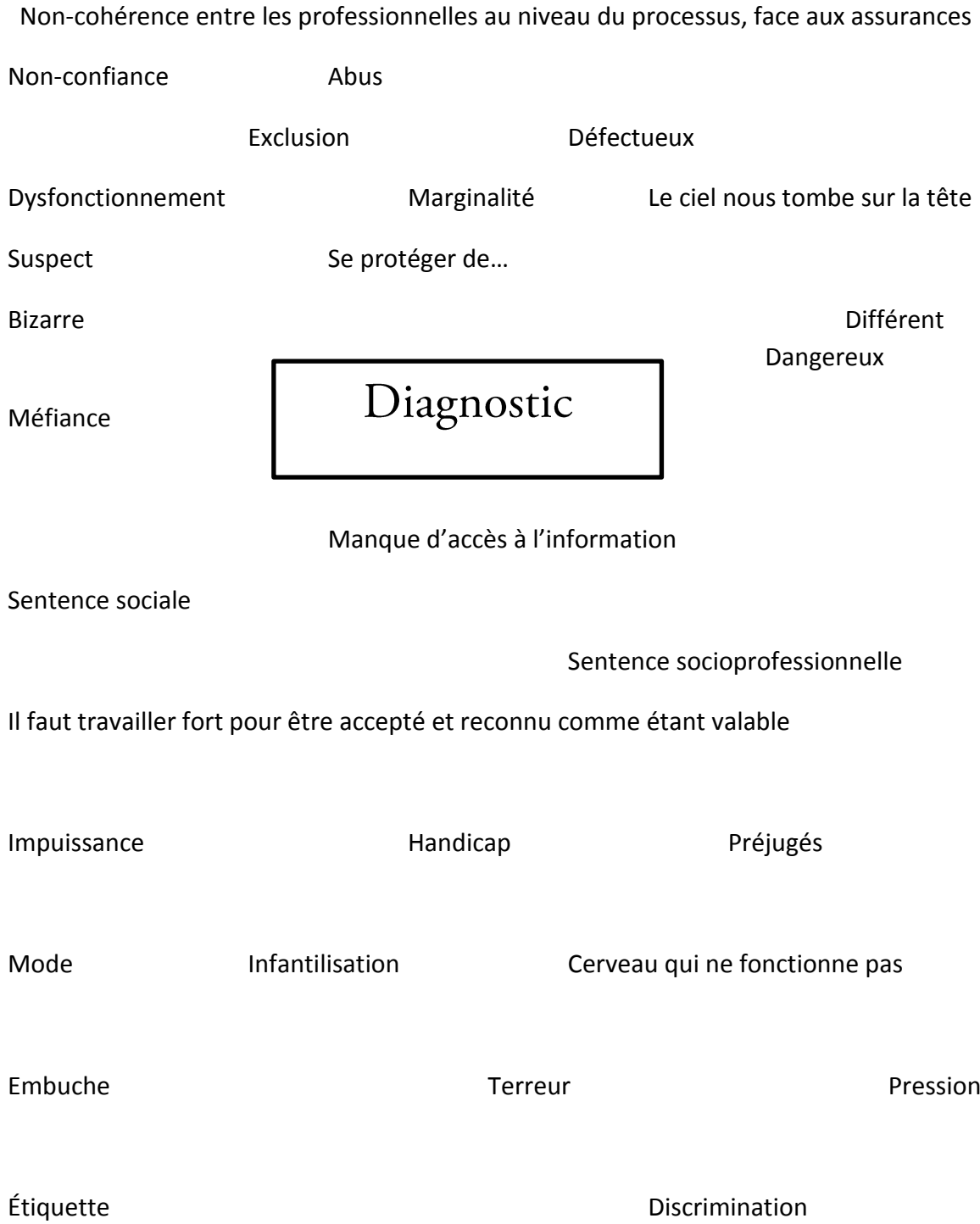
- Effectuer un bref retour sur l'atelier (rappeler ce qu'était l'objectif, les points qui ont été abordés)
- Inviter les participants à partager leurs impressions, livrer des commentaires, ce qu'ils ont aimé ou non, ce qui les a frappés, etc.
- Distribuer le cahier d'informations ainsi qu'une liste de références s'ils souhaitent pousser leur réflexion plus loin.

Références pour aller plus loin

- Bachand, A. (2012). L'imposture de la maladie mentale. Critique du discours psychiatrique. Québec, Éditions Liber, 184 p.
- Balazs. J. (2016). « Ils entendaient des voix ». Production Pschyzo films.
- Borde, V. (2013). «DSM-5 : la folie des diagnostics en santé mentale ». L'Actualité. <http://www2.lactualite.com/valerie-borde/2013-01-21/dsm-5-la-folie-des-diagnostics-en-sante-mentale/>
- Cabut, S. (2013). «Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou ». Le Monde Sciences et Techno. http://www.lmonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html
- Gonon, F. «Quel avenir pour les classifications des maladies mentales? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes», L'information psychiatrique vol.89, n.4, avril 2013, http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20 joints/psychiatrie/Quel_avenir_pour_les_classifications_des_maladies.pdf
- Gauvreau, C. (2014). «Un manuel qui rend fou? ». Actualités UQAM. <http://www.actualites.uqam.ca/2014/dsm-5-un-manuel-qui-rend-fou>
- Legault. C. (s.d.). « DSM 5.0 : Grand ménage dans les maladies mentales ». ALPABEM. <http://alpabem.qc.ca/dsm-5-0-%E2%80%88grand-menage-dans-les-maladies-mentales/>
- Nemrod. (2013). «Le DSM nouveau est arrivé. Conclusion : Nous sommes tous des fous ! ». AgoraVox, le média citoyen. <http://www.agoravox.fr/actualites/sante/article/le-dsm-nouveau-est-arrive-136282>
- Raim, L. (2013). « DSM : quand la psychiatrie fabrique des individus performants et dociles ». BASTA Médecine. <http://www.bastamag.net/article3083.html>
- Rotfus, M. (2013). «DSM, mon amour. Dispute sur la nature de l'âme humaine ». MEDIAPART. <http://blogs.mediapart.fr/blog/michelrotfus/280513/dsm-mon-amourdispute-sur-la-nature-de-l-ame-humaine>
- RRASMQ, AGIDD-SMQ. (mai 2013). « Revue de presse critique ; le DSM-5 critiqué! ». http://www.rrasmq.com/publications/Revue_de_presse/2013-05-2.pdf
- RRASMQ. (2010). «REVUE DE PRESSE, Articles critiques en santé mentale, Juillet-Août 2010». http://www.rrasmq.com/publications/Revue_de_presse/2010-08.pdf
- St-Onge, J.-C. (2013). Tous fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie. Montréal, Les éditions Écosociété, 372 p.

Annexe 2

Exemple de Remue-Ménages autour du mot «diagnostic»



Annexe 3

Versions imprimables de l'exercice sur la subjectivité

Alain est un homme de 46 ans. Il occupe un emploi très exigeant, où il travaille parfois jusqu'à 60 heures par semaine ! Depuis quelques temps, il se sent déprimé. Il raconte à son médecin qu'il ne dort presque plus et ne mange pratiquement pas. Il n'est pas certain de comprendre ce qui se passe, puisqu'avant la mort de sa mère, il avait une très grande énergie. Il entreprenait plusieurs projets de grande envergure et avait une confiance extrême en ses propres capacités.

Alain est un homme de 46 ans. Il occupe un emploi très exigeant, où il travaille parfois jusqu'à 60 heures par semaine ! Depuis quelques temps, il se sent déprimé. Il raconte à son médecin qu'il ne dort presque plus et ne mange pratiquement pas. Il n'est pas certain de comprendre ce qui se passe, puisqu'avant la mort de sa mère, il avait une très grande énergie. Il entreprenait plusieurs projets de grande envergure et avait une confiance extrême en ses propres capacités.

Alain est un homme de 46 ans. Il occupe un emploi très exigeant, où il travaille parfois jusqu'à 60 heures par semaine ! Depuis quelques temps, il se sent déprimé. Il raconte à son médecin qu'il ne dort presque plus et ne mange pratiquement pas. Il n'est pas certain de comprendre ce qui se passe, puisqu'avant la mort de sa mère, il avait une très grande énergie. Il entreprenait plusieurs projets de grande envergure et avait une confiance extrême en ses propres capacités.

Annexe 4

Version imprimable des cartons «vrai» et «faux» pour l'activité de conclusion.

Possibilité de les imprimer sur des cartons de couleur.



Vrai

Version imprimable des cartons « vrai » et « faux » pour l'activité de conclusion

Possibilité de les imprimer sur des cartons de couleur

Faux

Annexe 5

