



# Le DSM sur la sellette

La 5<sup>ème</sup> version de cette classification des troubles mentaux entre actuellement dans sa phase finale. Même si sa sortie officielle n'est prévue que pour mai 2013, le monde de la psychiatrie fourbit déjà ses armes. Décryptage par trois spécialistes.

**DSM-IV-Text Revision**  
Manuel diagnostique  
et statistique des  
troubles mentaux  
*American Psychiatric  
Association,*  
Julien-Daniel Guelfi

2003, Masson,  
1 120 p., 121 €



## CE QUI FAIT DÉBAT

Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA), est un ouvrage médical de référence qui classe les maladies mentales en fonction de critères diagnostiques et statistiques communs. Revendiquant une position athéorique, il est utilisé partout dans le monde par les chercheurs, les psychiatres, les psychologues cliniciens, mais aussi par l'assurance maladie, les mutuelles et les compagnies pharmaceutiques. Or, ce manuel subit depuis toujours de vives critiques, en particulier de la part des psychanalystes, qui lui reprochent d'enfermer les patients dans des cases, sans tenir compte de la souffrance spécifique à chacun. Par ailleurs, l'APA entretiendrait des liens étroits avec l'industrie pharmaceutique. Sa prochaine version aggraverait encore ces travers, d'où une polémique qui s'emballe. Une pétition internationale signée par 5 000 professionnels de la santé mentale, qui circule sur Internet, demande la révision du texte avant sa publication.



© FRANÇOIS GUÉNÉT/INSERM

## Maurice Corcos

Psychiatre et psychanalyste, directeur du département de Psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut mutualiste Montsouris à Paris, auteur du livre *L'homme selon le DSM. Le nouvel ordre psychiatrique*

Une classification est évidemment une bonne idée et une nécessité. Elle permet aux chercheurs d'avoir le même langage. Mais, encore faut-il qu'elle soit construite avec des chercheurs de différentes approches, sinon c'est la pensée unique. Ensuite, dans la pratique clinique, réduire l'être humain à des critères stricts entraîne des erreurs, c'est pourtant un risque pour les jeunes collègues insuffisamment formés. Le DSM dessine des lignes de force, tel que dépressif, névrotique, psychotique, qu'il faut avoir en tête mais dont il faut se détacher face à la singularité du patient. Ce que je lui reproche en particulier, c'est l'élargissement des critères diagnostiques au fil des différentes versions. Selon le DSM, nous serions tous fous ! Prenons l'exemple de l'épisode dépressif majeur, le critère de durée était « évolution variable » dans les années 1950, puis « évolution sur deux mois » en 1983. Aujourd'hui, le DSM 5 annonce « évolution sur 15 jours ». Ce qui signifie aussi qu'au bout de deux semaines,

un médecin peut vous prescrire un traitement antidépresseur, comme le critique *The Lancet* dans l'un de ces derniers numéros. D'où la question des conflits d'intérêts avec les compagnies pharmaceutiques. Des logiques d'assurance santé entrent également en jeu : comment faire rentrer le patient dans une case pour qu'il soit remboursé ? C'est le signe d'un système qui tourne à vide.

À l'inverse, les possibilités de traitement se réduisent exclusivement à une stratégie adaptative (médicaments, psychoéducation, réhabilitation psychosociale), afin de réinsérer rapidement la personne dans une société guidée par la performance et la réussite. Notre tradition plutôt psychanalytique requiert du

temps pour rencontrer la souffrance du patient et, avant de se précipiter pour le traiter, voir s'il ne possède pas des ressources internes qui permettraient d'améliorer le pronostic. Le DSM est utile, mais il doit s'ouvrir à la dimension humaine du patient, fluctuante et dynamique, qui interfère avec des dimensions biologiques.

« Le DSM doit s'ouvrir à la dimension humaine du patient »,

## Yoann Bazin

Enseignant chercheur en Sciences de gestion à l'ESG Management school à Paris, docteur en sciences sociales, titulaire d'une thèse sur l'apprentissage et la transmission du diagnostic

L'origine américaine du DSM est déjà un handicap. Il vient d'une autre culture, d'une autre approche. S'il était français, les choses seraient peut-être différentes. Ensuite, sa forme actuelle est imprégnée d'une volonté et d'un besoin de standardisation des données cliniques, afin notamment de répondre aux attentes de la recherche et de l'assurance maladie. Un problème pour la psychiatrie française, de tradition plutôt psychanalytique, qui lui reproche d'établir des catégories diagnostiques et ainsi de rendre les gens malades. Mais c'est le cas de toute classification médicale. En revanche, on peut s'interroger sur la manière dont ont été construites ces catégories, sur des bases épidémiologiques et non étiologiques. Avec pour conséquence une augmentation considérable du nombre de pathologies décrites qui sont passées de 60 dans sa première version en 1952, à plus de 400 aujourd'hui ! Il suffit qu'une maladie mentale émerge de façon notable dans la population pour créer une nouvelle catégorie, indépendamment de ses causes éventuelles ! Or, ce système est soumis à des enjeux sociopolitiques, à l'instar des vétérans de la guerre du Vietnam qui ont fait pression pour la reconnaissance du stress post-traumatique. Et, comme le DSM se veut athéorique, il est difficile de défendre des catégories issues des statistiques. Une question se pose : a-t-on inventé des pathologies pour créer des traitements ? Mais là encore, c'est le problème de la médecine en général. Le même débat existe sur le taux de cholestérol au-delà duquel on entrerait dans la maladie, et qui diminue au fur et à mesure des années. Malgré tout, le DSM reste une institution incontournable, produite par la plus puissante association de psychiatrie au monde. Les psychiatres sont obligés de l'utiliser s'ils veulent réaliser des études, publier des travaux, ou simplement remplir les formulaires de l'assurance maladie. Même chose pour les internes en formation lors des examens, pour lesquels cette classification constitue une base de connaissances essentielle. Toutefois, dans la pratique quotidienne, personne ne l'applique strictement. Les catégories s'effacent devant la souffrance du patient. Le psychiatre ne pose pas de diagnostic sans la prendre en compte dans toute sa singularité.



© FRANÇOIS GUÉNÉTI/INSERM

« Une base de connaissances essentielle que personne n'applique strictement »



**Mini DSM-IV-TR : Critères diagnostiques American Psychiatric Association, Julien-Daniel Guelfi, Patrice Boyer**

2011, Masson, 365 p., 22 €



**L'homme selon le DSM. Le nouvel ordre psychiatrique Maurice Corcos**

novembre 2011, Albin Michel, 240 p., 20 €

## Florence Vorspan

Psychiatre, responsable de la consultation Toxicomanie de l'hôpital Fernand-Widal à Paris, UMR 705 Inserm/CNRS/université Paris 7, Neuropsychopharmacologie des addictions, vulnérabilité et variabilité expérimentale et clinique

Je vois trois raisons à cette polémique. Premièrement, il y a un mouvement général, dans la société, de remise en cause de tous les experts, et la psychiatrie n'échappe pas à la règle. Ensuite, la particularité de notre spécialité est l'absence de définition physiopathologique des maladies psychiatriques. Par exemple, un infarctus du myocarde se caractérise par une lésion du muscle cardiaque, associée à diverses causes et facteurs de risque bien identifiés. En raison de leur complexité, ce n'est pas aussi clair pour les troubles mentaux : le diagnostic repose sur un faisceau d'arguments cliniques et un certain niveau de handicap pour le patient, à partir desquels les psychiatres s'entendent pour parler d'un trouble. Enfin, il existe en France un fort mouvement antipsychiatrique, parfois animé par des psychiatres et des psychanalystes, qui réfute la notion même de maladie psychiatrique et donc refuse les catégories diagnostiques, arguant qu'il s'agit d'une stigmatisation. Je pense que c'est une aberration.

Au niveau international, ces catégories nous aident à nous lire et à nous comprendre entre psychiatres, et à voir dans quelle mesure on peut appliquer à nos patients ce qui est fait ailleurs. Elles permettent également de définir des stratégies thérapeutiques. Le DSM n'est pas parfait, mais il a l'avantage d'être largement utilisé dans le monde. Nous avons besoin de cette classification pour communiquer entre nous, que ce soit dans nos courriers, nos comptes-rendus d'hospitalisation, nos rapports de cas, nos articles... sans pour autant limiter notre pratique clinique à celles-ci.

« Il permet aux psychiatres de communiquer entre eux »



© FRANÇOIS GUÉNÉTI/INSERM

Propos recueillis par Yann Cornillier