

Comment être fou dans les règles ?

Goed gek, goed geregeld...

à propos du DSM-IV

La fragilisation du lien social, l'effritement des solidarités, l'éclatement des repères symboliques, laissent nombre de citoyens désarmés. De nouvelles formes de souffrances psychiques - dont la moindre n'est pas le déni de la dite souffrance par crainte de perdre son emploi - font leur apparition. Côté politique, la santé mentale est de plus en plus un enjeu collectif. Côté psychiatrique, les vieilles balises nosographiques ne suffisent plus à orienter la clinique, et c'est tout le champ qui demande à être repensé. Pourtant, il règne sur la psychiatrie contemporaine, «au nom de la Science» comme ailleurs «au nom de l'Islam», un nouvel obscurantisme en forme d'interdit de penser.

Depuis l'an 1952, le *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*, mieux connu sous le petit nom de «DSM», ne cesse de croître sans embellir. Pourtant, son volume et son emprise croissante sur la nosographie mondiale semblent être inversement proportionnels à son épaisseur conceptuelle — si du moins cet adjectif peut encore être employé. Au début, le DSM - dont l'ambition était de favoriser entre praticiens la cohérence et la fiabilité diagnostiques - s'inscrivait encore dans les schémas psychopathologiques de son temps: tout praticien pouvait peu ou prou y retrouver ses poussins. Mais, en 1980, une équipe de psychiatres-chercheurs universitaires de haut vol, mandatée par l'Association Psychiatrique Américaine (APA) et entraînée par le docteur Robert L. Spitzer (commandant de la «*Task Force on Nomenclature and Statistics*» de l'APA), crée un véritable séisme en publiant le DSM III qui fait table rase d'un passé malaisément quantifiable, au profit de signes tellement faciles à encoder que même de bons cliniciens devraient pouvoir y arriver. «Du passé faisons table rase»... Comme aimait à le rappeler Mao, «la révolution n'est pas un dîner de gala». C'est ainsi que passent à la trappe, non seulement toute approche psychodynamique, mais la notion même de névrose et a fortiori d'hystérie (qui faisaient encore, en 1968, les délices du DSM II). En contrepartie, au fil des subséquents DSM, d'autres «troubles» montent en force. Par exemple, ceux du sommeil qui permettent au psychiatre hospitalier - bardé d'électrodes et de graphiques - de regarder enfin droit dans les yeux ses collègues d'autres spécialités. Avec le DSM IV, le projet se radicalise. L'hystérie, après avoir été larguée en tant qu'entité nosographique, disparaît totalement du lexique repris en fin de volume. La classification diagnostique psychiatrique peut désormais se présenter à ses consoeurs comme n'importe quelle nosographie de bonne compagnie.

À cet égard, la préface des traducteurs en français du Mini DSM-IV (1996) est sans ambiguïté: «il n'y a pas (affirme le DSM-IV) de distinction fondamentale à établir entre troubles mentaux et affections médicales générales» — il s'agit de créer «une véritable nosographie psychiatrique» en rapatriant les psychiatres au sein d'un modèle classiquement et exclusivement médical. En affirmant ceci, les préfaciers laissent entendre qu'avant la mise en chantier du DSM (d'après 1968) il n'existait aucune nosographie psychiatrique digne de ce nom. Il s'agit d'un procédé ancien, d'une efficacité redoutable, où celui qui veut noyer son chien commence par l'accuser de la rage, sans préciser néanmoins par quoi il va remplacer le chien. Tentons d'examiner sommairement ce qui reste dans la niche. Les concepteurs du DSM III entament, à leurs dires, une croisade pour la *fiabilité* du diagnostic psychiatrique. Si l'on veut entreprendre la moindre recherche, la moindre statistique dans la discipline, il importe de pouvoir comparer des éléments qui soient réellement comparables. Il s'agit, autrement dit, que 100 psychiatres confrontés à un même schizophrène puissent émettre sans hésiter le même diagnostic de schizophrénie. Il faut, pour ce faire, suspendre toute spéculation étiologique et décider de n'appeler schizophrénie qu'un «trouble» (*disorder*, en anglais) présentant un nombre donné de signes objectifs faisant consensus parmi les praticiens. Assez souvent, le DSM propose 8 signes cliniques (persistant depuis au moins 6 mois): si le patient arrive au score de 4 pour un trouble donné, il a droit au code d'identification numérique de ce trouble. Il recourt aussi à une classification «multi-axiale» (troubles mentaux, physiques, de la personnalité, du développement; facteurs de stress; niveau d'adaptation) sensée affiner le pronostic. Mais en réalité, et bien que ce fut son principal argument de vente, le DSM s'est avéré de peu d'utilité pour la recherche. Outre le flou de nombre de ses critères supposément objectifs, il est difficile d'employer à des fins statistiques un système de classification générale des troubles mentaux qui change sa donne 4 fois en 20 ans (1980-2000).

Mais le plus dérangeant n'est pas là. La fiabilité diagnostique du DSM serait-elle excellente (ce qui est loin d'être le cas) qu'elle ne dirait rien encore de la *validité* conceptuelle des diagnostics ainsi posés. Que 100 psychiatres s'accordent pour affecter du code 295.10 (c'est-à-dire: «schizophrénie de type désorganisé») un patient donné, cela ne dit rien de la consistance du concept de schizophrénie lui-même, si ce n'est de façon tautologique: la schizophrénie est ce qui répond à au moins *n* des critères diagnostiques énumérés à la rubrique «schizophrénie». A cet égard, la recherche arrive tout juste à s'élever au niveau des enquêtes de marketing. Mais il y a pire, car s'il est de peu d'utilité pour les chercheurs le DSM peut s'avérer en outre désastreux pour le clinicien peu expérimenté et partant pour ses patients. Donnant l'illusion de la rigueur et préconisant l'emploi (idéalement «obligatoire») de l'interview standardisée, il procède d'une véritable opération de décervelage. Car l'ennui, quand on veut édifier un système de classification exhaustif sans posséder aucun véritable principe de rangement, c'est qu'on s'expose au plus pittoresque des fouillis. C'est ainsi que, sous couvert de rhétorique scientifique et sans autre lien que la reliure du livre, voisinent dans un vide conceptuel épuré le «trouble oppositionnel

avec provocation chez l'enfant» (numéro de code 313.81), le «trouble factice» (qui est néanmoins, notons-le, un vrai trouble: n° 300.16), le «trouble du sommeil» (n° 292.89), le «frotteurisme» (302.89) et la «schizophrénie paranoïde» (n° 295.30). Il arrive évidemment que des raisons objectives président à l'exclusion ou à l'inclusion dans le catalogue, mais la rigueur scientifique n'en sort pas grandie. Par exemple, l'homosexualité a disparu du DSM suite au combat musclé mené par les groupes «gays» des Etats-Unis, de même le populaire PTSD (*Posttraumatic Stress Disorder*, 309.81) ne doit sa fulgurante promotion nosographique qu'à la lutte des anciens combattants américains qui avaient besoin de ce sésame pour être dédommagés.

Autre difficulté: le DSM, on l'a rappelé, a l'ambition d'abolir la distinction entre les désordres mentaux et les autres troubles relevant de la médecine. L'ennui, c'est qu'il a recours à des signes cliniques tellement hétérogènes qu'on ne sait plus vraiment dans quelle pièce on joue. Comment, en effet, faire entrer dans une même famille logique certains éléments diagnostiques de l'«intoxication alcoolique» (303.00) comme le nystagmus et l'incoordination motrice, et d'autres relevant de la «personnalité histrionique» (301.50), telle une «manière de parler trop subjective mais pauvre en détails»? Notons en passant que la dite «personnalité histrionique» constitue, dans le DSM IV, un résidu de l'ancienne névrose hystérique et qu'il est assez difficile de faire la part, dans son abord, entre des critères diagnostiques et un discours moralisateur. Ce n'est pas étonnant car, vu l'absence totale d'élaboration conceptuelle, les «*disorders*» tant soit peu subtils ont pour critère ultime d'inclusion (dans le catalogue) le plus ou moins grand degré de tolérance à leur égard. À moins, on l'a vu, que le jeu politique ne se charge de la décision. Dans cette foulée, le «Manuel Statistique et Diagnostique des Troubles Mentaux» pourrait devenir sans difficulté le bréviaire d'une psychiatrie post-brejnevienne. Entre consensus professionnel et compromis «politiques», dans sa conception rien théoriquement ne s'oppose à ce qu'on puisse inclure parmi les signes de la schizophrénie paranoïde le fait de penser (selon les pays) que Ben Laden est peut-être un brave type, ou Kim Il Sung pas vraiment un génie.

Il n'est pas impossible que certains pensent que j'exagère. Peut-être même seraient-ils tentés de manifester leur désaccord. Je ne le leur conseille pas. Ils risqueraient de tomber aussitôt sous le coup de la variante adulte du code 313.81, «trouble oppositionnel avec provocation», ou pire du «trouble» 312.9: «comportement perturbateur non spécifié.» A leur intention je cite *texto* une partie des éléments diagnostiques de 313.81 :

A. Ensemble de comportements négativistes, hostiles ou provocateurs, persistant pendant au moins 6 mois durant lesquels sont présentes quatre des manifestations suivantes (ou plus) :

(1) se met souvent en colère

(2) conteste souvent ce que disent les adultes

- (3) *s'oppose souvent activement ou refuse de se plier aux demandes ou aux règles des adultes*
- (4) *embête souvent les autres délibérément*
- (5) *fait souvent porter à autrui la responsabilité de ses erreurs ou de sa mauvaise conduite*
- (6) *est souvent susceptible ou facilement agacé par les autres*
- (7) *est souvent fâché et plein de ressentiment*
- (8) *se montre souvent méchant ou vindicatif*

... on est tenté d'ajouter «bavarde au cours de flamand», tant le DSM IV peut ressembler parfois à une version psychiatisée du «journal-de-classe-à-faire-signer-par-les-parents». Mais dans ce cadre qui sont les parents? *That's the question*. Et qui va juger du Bien et du Mal?

Rendu à ce point, et même si l'on n'épouse qu'une part de mon scepticisme, on est en droit de se demander (sans tomber obligatoirement dans 313.81) pourquoi je m'obstine à tirer sur une ambulance? La réponse est sans mystère: c'est parce qu'on m'oblige à y voyager et que le trajet n'est pas bon pour ma santé. Tout d'abord, parce que le DSM - axé sur la normalité statistique - est hétérogène à la notion même de santé mentale. Pour donner un exemple, il sera difficile de faire avaler au «Manuel Diagnostique» que l'incendie volontaire d'une voiture par un adolescent puisse être un signe de santé. Pourtant, si l'on peut inclure cet acte dans un tableau psychotique, psychopathique, pervers, déficitaire ou toxicomaniaque, il peut également s'avérer le dernier rempart contre la dépression ou l'automutilation. Pour penser ainsi, il faut évidemment le secours d'une conception psychopathologique qui se demande à quoi peuvent servir les symptômes? Or, ceci est totalement étranger à la conception d'un DSM fondé au mieux sur la systématisation des «idées reçues» en matière de psychiatrie descriptive. Certes, en tant que pense-bête, le manuel n'est pas inutile à un clinicien expérimenté bien formé par ailleurs. Mais, l'université devenant école technique et la médecine ingénierie, le DSM *de facto* tient lieu de plus en plus de manuel mondial de psychopathologie. Soucieux de normalité plus que de santé, décrivant des «troubles» plutôt que des maladies, il peut devenir un outil planétaire de contrôle social.

Le DSM, plus radicalement, est mauvais pour la santé intellectuelle car, confondant rhétorique scientifique et démarche de la science, il participe de la «poudre aux yeux». Prenant prétexte des exigences de la recherche, il ne s'y prête en réalité que fort peu, tout en obligeant le chercheur à passer par ses rets. Tout qui ambitionne de publier dans une revue de standing doit faire au moins semblant de se soumettre à ses codes, tout psychiatre hospitalier qui tient à sa place doit forcer le trait pour épouser sa standardisation trompeuse (via par exemple, en Belgique, le «Résumé Psychiatrique Minimum»). Un coup d'état en blouse blanche, favorisé par la position de force de l'APA et par celle des éditeurs anglo-saxons, a silencieusement imposé

son outil à l'ensemble des praticiens et des chercheurs, nonobstant le fait que l'instrument ne convienne ni aux uns, ni aux autres.

Arrivé ici, on est fondé à se demander comment tout cela a pu arriver et à qui le crime profite? Historiquement, il y va en partie d'une réaction contre la suffisance hégémonique et verbeuse d'une certaine psychanalyse, accompagnée, chez ses opposants, d'une authentique volonté de rigueur. Mais ceci n'est sans doute que la pointe émergée de l'iceberg. Plus profondément, la position d'entre-deux de la psychiatrie (entre technologie médicale et sciences-humaines), la polyphonie diagnostique et thérapeutique liée au statut même de la «maladie humaine» (ainsi qu'à l'efflorescence des états-limite) ne conviennent pas à tout le monde. Pour certains, une reprise en main s'imposait. Il fallait faire rentrer la santé mentale dans le giron plus étroit mais plus contrôlable de la médecine spécialisée. D'un autre côté, à l'heure de la cotation en bourse de certains hôpitaux, le DSM et ses codes conviennent on ne peut mieux à la logique budgétaire d'institutions confrontées aux exigences des organismes de financement. Il y a là comme une interface rassurante entre le langage impalpable et multiple de la santé mentale et celui, moins imagé, de l'administration. Le solde de cette opération est loin d'être innocent. Pour rentrer dans les normes administratives, le médecin est tenté de majorer la symptomatologie. La schizophrénie est mieux remboursée que le frotteurisme, d'où l'augmentation statistique quelquefois du nombre de schizophrènes, sans rapport avec l'état clinique de la population, mais non sans conséquences sur la stigmatisation des patients. Notons enfin que le DSM est fort apprécié de l'industrie pharmaceutique car il permet de passer, sans coup férir, du code du trouble à celui de la molécule correspondante.

Pour ceux qui veulent en savoir plus et parcourir comme un roman la fabuleuse histoire du manuel, je renvoie à l'ouvrage de Stuart Kirk et Herb Kutchins (respectivement professeurs en sciences sociales à Columbia et à Sacramento): *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry* (New-York, 1992), traduit en français sous le titre : «Aimez-vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie américaine» (Paris, 1998).

En bref : épais comme la Bible, normatif comme le catéchisme, créatif comme un règlement militaire, le DSM ne peut avoir toutes les qualités. Étranger à la notion de santé mentale, le lien social n'est pas vraiment sa tasse de thé. Il ne serait pas incongru dès lors d'y opposer quelque résistance. Je nous y invite. Car, sans notre vigilance, le *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* risque d'ajouter à sa prochaine nomenclature le «trouble de penser» (code 00).

Francis Martens

Mots-clés

APA, classification, contrôle social, diagnostic, DSM, fiabilité, médecine, névrose, normes administratives, nosographie psychiatrique, psychodynamique, rhétorique scientifique, santé mentale, statistiques, trouble, validité

Résumé

Proposé - puis progressivement imposé - à la communauté psychiatrique mondiale sous prétexte de rigueur diagnostique, le DSM-IV ne convient ni aux chercheurs, ni aux praticiens. Il peut représenter, par contre, un outil performant de contrôle social. Étranger à toute réflexion psychopathologique, rebelle à la notion de santé mentale, fruit de compromis politiques au sein de l'APA, sous couleur scientifique il n'épouse, en fait, qu'une logique empirico-statistique de type administratif et financier. Dépourvu de tout véritable critère classificatoire, sa conception le limite à n'être qu'un pense-bête pour praticien s'étant correctement formé ailleurs.

Bibliographie

- American Psychiatric Association (1985), DSM-III : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Paris, Masson
- American Psychiatric Association (1996), Mini DSM-IV : Critères diagnostiques, Paris, Masson
- American Psychiatric Association (2000), *DSM-IV-TR: Text Revision*, Washington, APA
- Kirk S., Kutchins, H. (1992), *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, Walter De Gruyter
- Kirk S., Kutchins, H. (1998), *Aimez-vous le DSM ?*, Paris, Institut Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond