



Pourquoi j'aimais le DSM : les défis du diagnostic médical en psychiatrie

Rev Med Suisse 2011 ; 7 : 402-6

A. Andreoli
G. Foresti

Pr Antonio Andreoli
Ancien médecin-chef du Service
de psychiatrie de liaison
et d'intervention de crise des HUG
Membre formateur de la Société
suisse de psychanalyse
Boulevard des Philosophes 23
1205 Genève
antonio.andreoli@bluewin.ch

Dr Giovanni Foresti
Secrétaire du Centre de Milan de la
Société italienne de psychanalyse
31 Corso Garibaldi
27100 Pavia
Italie
giforest@tin.it

Reasons I liked DSM: the challenge of medical diagnosis in psychiatry

The first draft of the fifth version of the American Diagnostic and Statistical Manual (DSM-V) provides an opportunity to clarify the several issues associated with the debate on diagnostic process in psychiatry. Several peculiar aspects of the DSM approach showed stability over time suggesting that this project is rooted in an original conception of mental disease, innovative epistemology of medical judgement and empirically grounded choice of diagnostic categories. Attention will be paid to reasons for actual reject of this clinical philosophy in the US and long-lasting misunderstanding in French speaking countries.

A l'heure où le premier jet du DSM-V (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders-V*) suscite des controverses passionnées, nous proposons une mise au point sur le diagnostic psychiatrique en médecine. Après avoir cerné les caractéristiques du DSM (conception originale de la maladie mentale, référence forte à l'efficacité des processus de décision, subordination du choix des catégories nosographiques à des critères bénéfiques/inconvénients empiriquement validés), nous montrerons que cet outil est moins a-théorique qu'on le croit. Le DSM a fait l'objet de vives critiques dans les pays francophones, mais sa philosophie clinique et sa démarche pratique n'ont pas toujours été appréciées à leur juste valeur et méritent d'être reconsidérées à la lumière du retour de classifications inspirées d'un point de vue déféctologique.

INTRODUCTION

Le *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM)¹ a 60 ans et peut se vanter d'un succès unique : six éditions, une capacité étonnante de mobiliser pendant des décennies la fine fleur de la psychiatrie américaine, et une position d'hégémonie qui a fait du problème diagnostique le carrefour de tous les intérêts gravitant autour de la psychiatrie. Cette situation de *leadership* a engendré à son tour un formidable élan, allant de l'activité éditoriale aux développements et à la mise à jour en continu de guides de traitements, à la production d'innombrables instruments de recherche et d'enseignement clinique.

Tout cela n'est cependant que l'aspect le plus voyant d'un phénomène qui s'appuie sur une philosophie clinique² et qui mérite une analyse approfondie. Après avoir cerné les spécificités de cette approche, qui n'est pas toujours évidente pour le praticien, nous essayerons de répondre à la question : peut-on dégager des vecteurs qui nous permettraient de reconnaître au DSM, au-delà des vicissitudes contingentes d'une histoire longue et compliquée, le statut d'un projet ? A l'heure où la première version du DSM-V³ marque, de l'avis d'experts réputés,⁴ une rupture radicale par rapport aux versions antérieures, il s'agit de s'accorder un moment de réflexion pour mieux saisir les enjeux culturels d'un débat qui pourrait avoir, à court terme, des retombées majeures sur la pratique clinique de la maladie mentale en médecine.

DSM : UNE APPROCHE BIEN AMÉRICAINE AU DIAGNOSTIC MÉDICAL PSYCHIATRIQUE

Après la guerre et ses horreurs, le désir fut grand de rompre avec une conception déféctologique de la maladie mentale, décroiser les pratiques et ouvrir la psychiatrie sur la communauté. Dans ce climat, le standard de qualité devint bientôt la « relation unique » avec son patient, et l'intérêt pour les questions nosographiques se fit rare et plutôt mal vu. Nul n'oubliait les arrangements discutables dont les patients avaient eu à souffrir, à l'instar d'autres minorités stigmati-



tisées, avec le concours, plus ou moins volontaire, de diagnostics complaisants. A remarquer d'ailleurs que, faute de traitements efficaces, le questionnement diagnostique se confondait avec l'image d'un savoir taxonomique dérisoire, synonyme d'indifférence par rapport au souhait ardent de soigner qui animait tous les esprits. Dans ce climat, le DSM-I⁵ parvint néanmoins à jeter un pont entre un discours psychiatrique résolument tourné vers les sciences humaines⁶ et un rapport à la médecine qui se donne avant tout comme projet de séparer les symptômes pathognomoniques de la maladie des signes aspécifiques de la misère et de la souffrance. Le DSM-I allait épouser cette nécessité en faisant place à des catégories diagnostiques qui reflétaient l'importance grandissante de la psychothérapie et du jeu de l'inné et de l'acquis dans le développement de l'être humain. Névroses, caractéropathies et manifestations psychosomatiques furent sorties des limbes du neuroticisme et de la neurasthénie et se virent attribuer une place de choix qui s'accordait avec les effets observés des nouvelles formes d'intervention psychosociale ou d'organisation des lieux de soins. Du même coup, le DSM-I mettait en valeur le caractère discontinu des évolutions pour faciliter une approche moins résignée et stigmatisante des troubles mentaux.

Ce rapport aux enjeux de la pratique et la démarche pragmatique qui lui correspondait sont une caractéristique qui se maintiendra tout au long de l'évolution du DSM. Ce dernier est ancré en un projet de société où la définition de la maladie mentale se présente comme un processus en prise directe avec les attentes, internes et externes, dont la psychiatrie fait l'objet. Dans cette perspective, la réflexion sur la nosographie cesse d'être un exercice de spéculation et devient la charnière des processus de négociation de la demande. C'est ici que les critiques fusent de partout sur le DSM: on met volontiers en avant l'argument anti-américain, anticapitaliste ou psychopathologique, mais derrière ces positions, c'est une approche intellectualiste et dogmatique du fait psychiatrique qui essaie de se rebiffer. L'âme pragmatique du DSM constitue en effet le moteur d'une nosographie en mouvement, qui subordonne la définition de maladie mentale aux rapports mouvants entre les spécificités de cette dernière, le progrès des connaissances scientifiques et les changements d'un environnement culturel et politique envers lequel la chose psychiatrique entretient l'affinité élective que tout le monde sait.

UNE NOSOGRAPHIE DE LA COMPLEXITÉ

Pour relever ce défi, le DSM-I organisa ses catégories diagnostiques autour du concept de réaction et envisagea les troubles mentaux comme des entités complexes. Exit les notions de processus, lésion, décompensation: la maladie mentale se voit accorder des déterminants distincts et hétérogènes et des modes d'évolution imprédictibles. Le modèle de la maladie mentale ne se calque plus sur celui de l'étiopathogénèse et se tourne vers un paradigme évolutionnaire multifactoriel. Cette nosographie de la complexité restera, dans le temps, une caractéristique forte de l'évolution DSM, et on la retrouvera ponctuellement au ni-

veau de l'importance accordée par le DSM-III et le DSM-IV au concept de multiaxialité.⁷

UNE RUPTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE: PENSER TROUBLE VIRTUEL PLUTÔT QUE MALADIE CONCRÈTE

A partir de sa troisième édition, le DSM prend sur ce point une position encore plus explicite et opère une véritable rupture épistémologique par rapport à la démarche classique de la psychiatrie.⁸ Inutile de s'épuiser dans une course poursuite avec la pathologie médicale! Il faudra tolérer le sentiment de précarité que chaque psychiatre doit essuyer face à des patients et à des proches qui réclament une cause et une chose de leur souffrance (une revendication qui est, probablement, encore plus forte en psychiatrie de liaison). Le DSM-III a renoncé à l'étiologie. En adoptant la démarche de la psychopathologie descriptive, ce clone reprend à son compte le discours de la philosophie analytique⁹ en mettant l'accent sur les relations et pas sur la nature des faits cliniques. Le désordre étant devenu entretemps un prototype, nous sommes invités à nous prononcer exclusivement sur la correspondance entre un tableau clinique donné et un certain ensemble de critères, et simultanément interdits de ce jugement catégorique qui consiste à affirmer la présence/absence d'une maladie conçue comme entité concrète. La maladie acquiert ainsi un statut aussi virtuel que le pattern de covariance, synchronique et diachronique, plus ou moins significative d'un syndrome donné. Les cliniciens ont toutefois une énorme difficulté à accepter une démarche qui les astreint à la passation systématique de critères standardisés, mais aussi à entrer dans une logique de jugement qui les oblige à dire «le patient remplit les critères pour...» et à ne pas affirmer «le patient souffre de...», «le trouble est...»... «à cause de...». A ce niveau, le DSM-III fonctionne comme une interprétation insupportable car il démentit un prétendu savoir du désordre mental qui a des racines profondes et a été bien étudié par les psychanalystes.¹⁰ A quoi bon protester, en effet, si on nous prive de psychopathologie, et donc de l'illusion que la spéculation philosophique puisse remplacer l'étiopathogénèse? Ou si on se refuse de discuter sans fin des hypothèses neuropathologiques qui attendent depuis trop longtemps de devenir des certitudes? Bref, le DSM n'est pas a-théorique, mais vient nous rappeler à la vie en nous réveillant du sommeil narcissique d'un rapport d'amoureux déçu avec la théorie.

UN REGARD TRÈS ATTENTIF À L'EFFICIENCE DIAGNOSTIQUE

Un autre invariant du DSM, c'est d'avoir posé avec force la question de l'efficacité du processus de détection des troubles. Le jeune chercheur qui arrivait dans un grand département américain au début des années 80 s'entendait dire «reliability is your new God!» Un questionnement permanent sur la fidélité, l'adéquation et la validité comparative des constructions diagnostiques traverse le DSM. L'inclusion des catégories diagnostiques dans le manuel sera, après le DSM-II, de plus en plus subordonnée à une



exigence de validation empirique de tel ou tel ensemble de critères pour chaque prototype retenu. L'apparition de traitements efficaces pour plusieurs troubles psychiatriques apporte de l'eau à ce moulin, en raison de la nécessité d'étudier et de prescrire de façon plus fiable et ciblée. Des progrès s'ensuivent au niveau de la recherche clinique, mais aussi de la gestion des pratiques et de la culture des services. Des bases de données très étendues deviennent disponibles permettant d'imaginer une transformation «evidence-based» des processus de décision et de rattraper une partie du retard par rapport au reste de la médecine.¹¹ Le DSM-IV a marqué le moment le plus fort de cette évolution. Une fois balayé le terrain de la rencontre institutionnelle par des algorithmes décisionnels plus consensuels, nous ferons apparaître l'ampleur des dérives que l'affect et le fantasme viennent tout le temps glisser dans ce moment fort de la relation du médecin et de son patient qui correspond à la prise de décision clinique.

MOINS DE SCHIZOPHRÉNIE

La planète DSM a eu enfin le mérite de restreindre significativement le champ diagnostique de la schizophrénie. Le choix de critères définitoires des troubles de l'humeur incluant des symptômes psychotiques congruents, mais aussi non congruents avec ce dernier, l'élargissement du domaine de la dissociation traumatique, et sa distinction plus précise par rapport à la «spaltung» psychotique, l'importance donnée à l'abus de substances comme facteur d'exclusion, la diversification des diagnostics dans le champs des troubles psychotiques ont ramené la schizophrénie à des limites relativement étroites. Une mise en valeur de la diversité de la clinique des troubles aigus a suivi, qui est en continuité avec l'importance donnée auparavant au modèle de la réaction mais sert aussi à prendre en compte le changement profond de la demande de soins psychiatriques dans le monde d'aujourd'hui.

CONCLUSION

En résumé, quelques points forts sont dégagés qui traversent l'évolution du DSM en suggérant que son évolution a été bel et bien influencée par un paradigme original de la maladie mentale. Les voici listés: 1) une démarche empirique valorisant le diagnostic comme pièce maîtresse centrale du processus de décision clinique; 2) la mise en valeur de la complexité et de l'originalité des troubles mentaux; 3) la prise de distance par rapport au modèle explicatif de la pathologie et la conceptualisation de la maladie mentale comme entité virtuelle et un système de relations; 4) la prééminence donnée aux troubles de l'humeur et la diversité des troubles avec symptômes psychotiques; 5) l'accent mis sur la validation expérimentale de l'efficacité du processus diagnostique et 6) l'établissement d'une synergie plus forte entre recherche, clinique et politique de santé mentale. Globalement, ces traits marquants du projet DSM rejoignent la définition d'une plateforme où les préoccupations professionnelles, scientifiques et économiques des psychiatres sont susceptibles d'être négociées de façon consensuelle. A partir de cette approche, les dirigeants de

l'American psychiatric association (APA) et des leaders de terrain, aussi éclectiques que talentueux, ont pu jouer, avec l'aide d'une légion de méthodologues de la recherche diagnostique, les aiguilles de la balance d'un système par trop complexe et diversifié. La référence à la validation empirique a fonctionné, sous ces conditions, comme un facteur d'émulation et un garde-fou. Mais les choses sont en train de se gâter. Militants d'un retour à un modèle étiologique inspiré de la neuropathologie, les responsables du futur DSM-V souhaitent se démarquer nettement de la philosophie diagnostique que nous avons discutée et cela plaira peut-être à certains psychiatres francophones. Praticiens, recherche clinique et psychanalyse n'ont jamais trouvé chez nous de véritable plateforme pour établir des synergies fortes. Nul ne semble prêt, de surcroît, à se priver d'une étiopathogénèse, ou d'une psychopathologie, qui, faute de fondement scientifique, sert pourtant si bien à garder les frontières des pays imaginaires où chacun peut penser et décider à sa façon, et se sentir roi. Pourtant, Freud et Lacan avaient bien un côté DSM: l'un avait placé l'inconnaissable de la chose au centre de la maladie mentale et l'autre en avait déduit que le drame du clinicien de la maladie mentale, c'est de se laisser trop facilement piéger par son supposé savoir. ■

Implications pratiques

- > Le DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) permet de détecter les désordres psychiatriques avec un degré d'efficacité diagnostique très bon et souvent meilleur que celui atteint pour d'autres affections médicales
- > Le diagnostic DSM est un processus clinique et, pour l'exploiter au mieux, il convient de passer en revue les critères définitoires de la catégorie recherche (accessibles online¹¹) sous peine d'une perte significative d'efficacité
- > Pour la même raison, il est déconseillé de formuler des jugements de présence/absence à partir du souvenir de la lecture du manuel ou des descriptions du syndrome trouvées en littérature
- > Le diagnostic DSM permet d'accéder à un système de guides de traitements (accessible online¹¹) «evidence-based». Ces guides permettent de fiabiliser les processus de décision
- > L'approche DSM réduit les controverses cliniques et permet de diminuer les contre-attitudes en minimisant les inférences spéculatives et en facilitant la construction du consensus sur des faits fondés sur l'observation empirique
- > Le DSM facilite les synergies entre clinique et recherche
- > Le DSM-IV contient une grille permettant de transformer le code DSM en code CIM



Bibliographie

- 1 American psychiatric association (sous la responsabilité de). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington: American psychiatric association, 1994.
- 2 ** Klerman GL. The significance of DSM-III in American psychiatry. In Spitzer RL, Williams JBW, Skodol A eds. International perspectives on DSM-III. Washington: American psychiatric press, 1983;3-26.
- 3 ** DSM-5 overview: The future manual. DSM-V www.dsm5.org/about/Pages/DSMVOverview.aspx
- 4 Frances A. Evaluation critique de la première version du DSM-V. Rev Med Suisse 2011;7:398-401.
- 5 Grob GN. Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. Am J Psychiatry 1991;148:421-31.
- 6 Sullivan HS. The interpersonal theory of psychiatry. New York: WW. Norton and co, 1953.
- 7 Millon T. On the nature of taxonomy in psychopathology. In Last CG and Hersen M. Issues in diagnostic research. New York: Plenum Press, 1987;3-86.
- 8 Spitzer RL. Values and assumptions in the development of DSM-III and DSM-III-R. J Nerv Ment Dis 2001; 189:493-7.
- 9 Engel P (sous la direction de). Précis de philosophie analytique. Paris: PUF, 2000.
- 10 ** Lacan J. Le séminaire de Jacques Lacan. Livre XVII. L'envers de la psychanalyse. Paris: Editions du Seuil, 1991.
- 11 ** American psychiatric association. Practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders. Arlington: American psychiatric association, 2006. Accessible online sur le site : www.psychiatryonline.com

* à lire

** à lire absolument