

# Éditorial

## Faut-il brûler le DSM-5 ?

Publiée en 2013 aux États-Unis, la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux (DSM-5) vient de paraître en langue française en juin 2015. Bien avant d'être disponible dans les librairies françaises, cette nouvelle édition du DSM a suscité de nombreuses polémiques aux États-Unis qui n'ont pas tardé à gagner la France. Un des reproches les plus virulents adressés aux auteurs du DSM est une possible collusion avec l'industrie pharmaceutique, la création de certaines catégories de trouble favorisant l'usage de médicaments particuliers (Cosgrove & Krinsky, 2012). Nous ne développerons pas ici cette question pour nous limiter à un débat aussi vieux que le DSM, celui concernant la pertinence des classifications basées sur une approche positiviste et pragmatique des troubles mentaux. Rappelons que le DSM classe ces troubles uniquement en fonction des symptômes observables que peuvent reconnaître tous les cliniciens, quelle que soit leur cadre de référence théorique. Le découpage des syndromes en un certain nombre de catégories distinctes se fonde sur le consensus de praticiens sur la base d'observations cliniques. Cette approche a-théorique, purement symptomatique et consensuelle des troubles mentaux conduit à des classifications relativement instables, qui fluctuent au cours du temps. Le DSM-5 ne fait pas exception à cette instabilité des catégories au gré des changements de regard sur les tableaux cliniques. Ainsi, le syndrome d'Asperger, présent comme catégorie indépendante dans le DSM-IV, disparaît du DSM-5 pour se fondre dans la large catégorie des troubles du spectre de l'autisme. Un autre exemple est l'intégration du trouble de la lecture, du trouble du calcul et du trouble de l'expression écrite au sein d'une grande catégorie « trouble spécifique des apprentissages » dont les trois premiers troubles ne sont plus que des formes particulières.

Cette catégorisation descriptive des troubles mentaux a suscité de nombreuses critiques. Certains cliniciens rejettent le principe même d'une classification des troubles mentaux et considèrent que cette approche objective des troubles crée une distance entre le praticien et le patient, ce dernier étant réduit à une catégorie symptomatique qui exclut toute intersubjectivité. D'autres cliniciens estiment qu'une classification des troubles peut avoir du sens, mais qu'elle ne peut se fonder sur les seuls symptômes observables. Selon eux, il est nécessaire de se référer à des mécanismes mentaux communs pour justifier le rassemblement de symptômes variés au sein d'une même entité nosographique.

Sans nier la pertinence de ces critiques, il ne faudrait toutefois pas conclure trop vite que le DSM-5 est systématiquement nuisible et doit dès lors être rejeté. Le DSM-5 est le dernier rejeton d'une longue lignée de classifications descriptives des troubles mentaux dont les pionniers furent, au 18<sup>e</sup> siècle, les médecins français François Boissier de Sauvage et Philippe Pinel. L'épistémologie de ces derniers se réfère travaux du naturaliste Carl von Linné qui considère que la première étape de la connaissance scientifique consiste à répertorier, nommer et classer les choses. Ensuite, seulement, vient le temps de chercher à expliquer les phénomènes appartenant à une catégorie qui est d'abord déterminée sur des bases empiriques et logiques. Si nous appliquons cette démarche à des troubles comme ceux du langage, la définition d'une catégorie de troubles du langage écrit a conduit, par la suite, à en chercher la cause et à identifier le déficit de la conscience phonémique comme étant un facteur étiologique essentiel.

Il ne s'agit pas ici de nier certains problèmes liés au développement et à l'usage du DSM-5. Il est seulement question de rappeler la place que ce type de classification occupe dans la connaissance scientifique. Trop souvent, les praticiens utilisent les catégories du DSM comme un aboutissement et non comme un point de départ. Une catégorie nosographique ne fournit qu'un portrait-robot des troubles, sans explication des causes ni des traitements possibles. Partant d'une catégorie générale, il reste encore au praticien à décrire les caractéristiques spécifiques de chaque sujet, à comprendre les mécanismes qui ont abouti au tableau clinique observé et à déterminer les modalités de prise en charge les plus appropriées. Il est important de souligner la responsabilité de chaque praticien dans ce processus diagnostique. Les errements dans cette démarche ne devraient pas être imputés systématiquement aux classifications elles-mêmes, alors qu'elles relèvent souvent d'un mésusage de ces dernières par les praticiens.

**Jacques GRÉGOIRE**  
Université de Louvain, Belgique