

## La santé mentale est-elle évaluable ?

Les croyances  
voguent sur  
Internet

Lithothérapie :  
ces pierres qui  
nous roulent

OGM : « l'étude choc »  
et ses effets collatéraux



## SCIENCE...

### & pseudo-sciences

#### Comité de rédaction

**Jean-Paul Krivine** (rédacteur en chef),  
**Brigitte Axelrad**, **Pierre Blavin**, **Martin  
Brunschwig**, **Nadine de Vos**, **Nicolas  
Gauvrit**, **Philippe Le Vigouroux**,  
**Bruno Przetakiewicz**, **Jérôme Quirant**.

#### Secrétariat de rédaction :

*Pierre Blavin, Nadine de Vos.*

**Relectures :** *Brigitte Axelrad, Martin Brunschwig.*

**Mise en page :** *Jean-Paul Krivine.*

*Imprimeur : Bialec S.A. Nancy.*

N° commission paritaire : 0416 G 87957

ISSN 0982-4022. Dépôt légal : à parution.

Directeur de la publication :

*Louis-Marie Houdebine.*

## afis

*Association Française pour l'Information Scientifique*

#### Fondateur

*Michel Rouzé (1910-2004)*

#### Conseil d'administration

Présidents d'honneur : *Jean Bricmont,*  
*Jean-Claude Pecker*

Président : **Louis-Marie Houdebine**

*Vincent Laget (secrétaire général), Igor  
Ziegler (trésorier), Yvette Dattée, Yann  
Kindo, Marc Fellous, Michel Naud, Élie Ni-  
colas, Anne Perrin, Gérard Plantiveau.*

**afis - Science et pseudo-sciences**

*14, rue de l'École Polytechnique, 75005 Paris*

[www.pseudo-sciences.org](http://www.pseudo-sciences.org)

## Parrainage scientifique

**Jean-Pierre Adam** (archéologue, CNRS, Paris). **André Aurengo** (professeur des universités, praticien hospitalier de Biophysique et médecine nucléaire, membre de l'Académie Nationale de Médecine, Paris). **Jacques Bouveresse** (philosophe, professeur émérite au Collège de France). **Jean Bricmont** (professeur de physique théorique, Université de Louvain-la-Neuve, Belgique). **Henri Broch** (professeur de physique et de zététique, Nice). **Gérald Bronner** (sociologue, professeur à l'Université de Strasbourg). **Henri Brugère** (docteur vétérinaire, professeur émérite de Physiologie-thérapeutique à l'école nationale vétérinaire d'Alfort). **Yvette Dattée** (directeur de recherche honoraire de l'INRA, membre de l'Académie d'agriculture de France). **Jean-Paul Delahaye** (professeur à l'Université des Sciences et Technologies de Lille, chercheur au Laboratoire d'Informatique Fondamentale de Lille). **Marc Fellous** (professeur de médecine, Institut Cochin de Génétique Moléculaire). **Léon Guéguen** (nutritionniste, directeur de recherches honoraire de l'INRA, membre de l'Académie d'agriculture de France). **Louis-Marie Houdebine** (biologiste et directeur de recherche au centre de l'INRA de Jouy-en-Josas). **Bertrand Jordan** (biologiste moléculaire, directeur de recherche émérite au CNRS, Marseille). **Philippe Joudrier** (biologiste, directeur de recherche à l'INRA). **Jean-Pierre Kahane** (professeur de mathématiques, membre de l'Académie des Sciences). **Jean de Kervasdoué** (professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers, membre de l'Académie des Technologies). **Marcel Kuntz** (biologiste, directeur de recherche au CNRS). **Gilbert Lagrue** (professeur honoraire à l'Hôpital Albert Chenevier de Créteil). **Hélène Langevin-Joliot** (physicienne nucléaire, directrice de recherche émérite au CNRS). **Guillaume Lecointre** (professeur au Muséum National d'Histoire Naturelle, directeur du département Systématique et évolution). **Jean-Marie Lehn** (professeur au Collège de France, membre de l'Académie des Sciences, Prix Nobel de chimie). **Gérard Pascal** (nutritionniste et toxicologue, directeur de recherches honoraire de l'INRA, membre des Académies d'agriculture et des technologies). **Jean-Claude Pecker** (professeur honoraire d'astrophysique théorique au Collège de France, membre de l'Académie des Sciences). **Franck Ramus** (directeur de recherches au CNRS, Institut d'Études de la Cognition, École Normale Supérieure, Paris). **Arkan Simaan** (professeur agrégé de physique, historien des sciences). **Alan Sokal** (professeur de physique à l'Université de New York et professeur de mathématiques à l'University College de Londres). **Jacques Van Rillaer** (professeur de psychologie, Belgique). **Alain de Weck** (professeur émérite d'immunologie et allergologie aux universités de Berne et de Navarre, membre de l'Académie Nationale de Médecine).

## Les rats, la gazette et le laborantin une fable du 21<sup>e</sup> siècle, génétiquement modifiée

On ne considère plus guère les scientifiques comme des savants. C'est légitime, ils ne savent pas grand chose. Un groupe de scientifiques français a rapporté récemment qu'une alimentation par maïs transgénique cause chez le rat des tumeurs et une mortalité prématurée, si l'on est suffisamment patient pour attendre deux ans, la durée moyenne de la vie d'un rat. Cette affirmation est basée sur deux groupes de dix rats. Cinq rats nourris au maïs OGM sont morts prématurément alors que seuls deux ou trois sont morts parmi les dix rats contrôles nourris par un maïs normal. Dans les dix autres groupes nourris par maïs OGM, la mortalité a été

## Éditorial

soit d'un rat supérieure, soit égale, soit même inférieure au contrôle. Tout se joue donc sur trois rats, qui ont eu la malchance d'être là au mauvais moment. Cette différence a suffi aux auteurs de

l'étude pour emboucher les trompettes de Jéricho, ameuter la grande presse, et particulièrement une gazette hebdomadaire bienveillante, et s'en prendre au reste du monde qui ne les avait jusqu'ici pas pris au sérieux. Les scientifiques du reste du monde ont beau objecter que trois rats, ce n'est pas grand chose, et que dans le contexte, les résultats sont probablement le jeu du hasard. Ils ont eu aussi beau rappeler que ces résultats vont à l'encontre d'une évidence expérimentale négative dont les dossiers remplissent un immeuble de quatre étages. Rien n'y fera. L'angoisse s'est installée dans les chaumières et on va s'en occuper en haut lieu.<sup>1</sup>

Il ne fallait pas être grand devin pour prédire que l'effet recherché serait atteint : attiser les peurs et les angoisses à des fins politiques et idéologiques. La partie était facile : la peur l'a emporté sur la raison, les affirmations tranchées et définitives ont davantage convaincu que l'expertise et le doute scientifique, le sensationnel a davantage séduit les rédactions que l'information complète et objective.

Mais il semble toutefois que bon nombre de citoyens, d'observateurs et de scientifiques aient eu le sentiment de s'être fait bernier et manipuler... La Fontaine, qui s'est également beaucoup intéressé aux rats, notait déjà dans sa fable « Le Rat et l'Huître » : « *ceux qui n'ont du monde aucune expérience, sont aux moindres objets frappés d'étonnement : tel est pris qui croyait prendre.* »

**Science et pseudo-sciences**

<sup>1</sup> Ce paragraphe est adapté d'un texte d'Alain de Weck publié sur notre site Internet.



**La santé mentale est évaluable et classifiable.**

*page 18*



**« L'étude choc » sur les OGM. Analyse d'une étude qui a défrayé la chronique.**

*page 51*



**Lithothérapie : les pierres qui nous roulent.**

*page 65*

**Sommaire complet en 4<sup>e</sup> page de couverture**

## La santé mentale est-elle évaluable ?

La souffrance psychique ne serait pas évaluable, car trop subjective, toute classification des troubles mentaux ne serait que tentative idéologique pour normaliser le bien et le mal à des fins politiques. Un héritage de Descartes est encore bien présent, et imprègne largement les conceptions relatives à la santé mentale en France : c'est le dualisme, qui séparerait un esprit immatériel, la chose pensante, d'un corps matériel.

Pourtant, les avancées scientifiques qui ont déjà révolutionné la psychiatrie dans la plupart des pays du monde commencent enfin à s'imposer en France. Avec elles, la claire affirmation que la souffrance psychique peut s'évaluer et qu'il est donc possible de vérifier l'efficacité de différents traitements et prises en charge, de les comparer entre eux. De même, les troubles mentaux font l'objet de descriptions et de classifications, étapes indispensables à une approche scientifique de cette branche de la médecine qu'est la psychiatrie.

Que sont ces méthodes et catégories ? Quelle valeur leur accorder ? Comment faudrait-il les utiliser ?

<b>La souffrance psychique est bel et bien évaluable et mesurable</b> ( <i>Franck Ramus</i> ) .....	19
<b>Utilité et dangers des catégorisations psychopathologiques</b> ( <i>Jacques van Rillaer</i> ) .....	26
<b>Classifications internationales des troubles mentaux : vraies limites et faux problèmes</b> ( <i>Franck Ramus</i> ) .....	32
<b>L'autisme d'un DSM à l'autre</b> ( <i>Baudouin Forgeot d'Arc</i> ) .....	39
<b>Vers le DSM-5 : la classification des troubles de la personnalité</b> ( <i>Jean Cottraux</i> ) .....	45



# La souffrance psychique est bel et bien évaluable et mesurable

*Franck Ramus*

**Franck Ramus** est directeur de recherches au CNRS, Institut d'Étude de la Cognition, École Normale Supérieure. Il est également membre du comité de parrainage scientifique de l'AFIS et de la revue *Science et pseudo-sciences*.



*« La souffrance psychique n'est ni évaluable, ni mesurable ». En prononçant cette phrase en 2004, devant une assemblée de psychanalystes, Philippe Douste-Blazy ne fit rien d'autre que de répéter l'une des tartes à la crème préférées des psychanalystes (toutes écoles confondues), qui leur sert de bouclier magique pour se soustraire à toute évaluation. C'est au nom de cet argument qu'il décida le retrait du site du ministère d'une évaluation collective de l'INSERM portant sur différentes approches thérapeutiques appliquées au soin de troubles mentaux. Qu'en est-il en réalité ?*

**C**ommençons par remarquer que la souffrance psychique est déjà largement évaluée et mesurée, dans le cadre des essais cliniques portant sur des médicaments. Personne, pas même un psychanalyste, n'accepterait que l'on mette sur le marché un nouvel antidépresseur sans qu'il ait auparavant fait la preuve de son efficacité. C'est-à-dire sans qu'il ait été démontré que la souffrance psychique des individus prenant ce médicament diminue significativement plus que celle d'individus ayant des troubles similaires prenant un placebo. La souffrance psychique est donc évaluable et évaluée. Pourquoi la même évaluation de la souffrance psychique que tout le monde exige et admet pour des médicaments ne conviendrait-elle pas pour des psychothérapies ?

## **Le ressenti d'un individu n'appartient qu'à lui-même, mais peut s'exprimer**

Le ressenti subjectif d'un individu n'appartient qu'à lui-même. Personne d'autre que lui ne peut prétendre y avoir un accès direct, personne, pas même un psychanalyste, aussi doué soit-il. Quelles que soient les affiliations théoriques, tout le monde admet que le seul moyen d'accéder partiellement à la subjectivité d'un autre est indirect et nécessite de se baser sur ce que l'autre veut bien exprimer de ce qu'il ressent. C'est pour cela que tous les psychiatres, psychologues, et autres pysys commencent toujours par

écouter la plainte de leur patient, ce qu'il dit de son ressenti subjectif, son histoire, point de départ de toute analyse de sa situation. C'est l'occasion de dénoncer le monopole que la psychanalyse prétend avoir sur la subjectivité. Cette prétention est totalement usurpée : tous les thérapeutes s'intéressent à la subjectivité de leur patient, seule une grande ignorance des autres approches thérapeutiques peut conduire certains psychanalystes à prétendre le contraire. Là où les options théoriques commencent à diverger, c'est dès lors qu'il s'agit d'aller au-delà de ce premier rapport verbal : comment peut-on obtenir plus d'informations, plus fiables, plus pertinentes, sur l'état subjectif de l'autre ? Et surtout, de quelle manière lui venir en aide ?

### **Évaluer, c'est comparer « avant » et « après »**

La seule chose qui compte pour évaluer l'efficacité d'un traitement, c'est d'évaluer l'état du patient avant et après, et la possibilité de cette évaluation ne dépend pas de la nature du traitement. Il s'agit donc d'être capable d'évaluer, objectivement, de manière fiable, si le patient se sent mal, si le patient se sent bien, s'il se sent mieux après qu'avant traitement. Et comme expliqué plus haut, pour évaluer ce qu'il ressent, il faut le lui demander. C'est d'ailleurs ce que fait tout clinicien. Mais bien sûr, toute la difficulté méthodologique réside dans la manière de le lui demander.

Le plus simple, c'est tout simplement de demander au patient « Comment allez-vous ? ». Ce à quoi il va donner une réponse verbale qui peut aller de « je suis au fond du trou et je ne vois aucun moyen d'en sortir » à « je suis au top de ma forme » en passant par « ça va ». Et il n'y a plus qu'à comparer la réponse qu'il donne avant et après traitement, pour se faire une idée de son amélioration ou non.



Le premier problème avec cette évaluation va se poser dès lors que l'on veut comparer l'évolution d'un patient à celle d'un autre patient. Par exemple, un premier patient dira « je n'ai plus le goût de vivre » avant traitement et « ça va mieux » après. Un deuxième dira « je suis triste tout le temps » avant et « je vois les choses plus positivement » après. Lequel s'est amélioré le plus ? On voit bien que le problème réside en grande partie dans le fait qu'ils utilisent des mots différents, qui ne sont pas directement commensurables.

## Des échelles standardisées

La réponse classique à ce problème est de standardiser le format des réponses que peuvent donner les sujets. Par exemple, on va lui proposer de choisir sa réponse sur l'échelle suivante « je ne pourrais pas me sentir plus mal », « je me sens très mal », « je me sens mal », « je ne me sens pas très bien », « je me sens moyennement bien », « je me sens assez bien », « je me sens bien », « je me sens très bien », « je ne me pourrais pas me sentir mieux ».

Un autre intérêt de ce genre d'échelle est de réduire l'influence de la personne qui pose la question. Car le clinicien qui interroge le patient peut influencer ses réponses de multiples manières, par son choix et sa formulation des questions, par son intonation, par des indices non verbaux, etc., ce qui, en soi, n'est pas condamnable dans le cadre de la thérapie, mais qui, dans le but d'une évaluation, pose le problème de l'objectivité de la mesure de l'état du patient. Ce que l'on veut mesurer, c'est bien l'état du patient, pas l'influence du clinicien. Standardiser les questions et les réponses est une manière de diminuer l'influence du clinicien. Donner le questionnaire à remplir par écrit permet de la diminuer encore plus. Et faire administrer le questionnaire par une personne différente du thérapeute est le moyen le plus sûr d'empêcher les attentes de ce dernier d'influencer le résultat.

En associant un score à chaque réponse (de 1 pour « je ne pourrais pas me sentir plus mal » à 9 pour « je ne me pourrais pas me sentir mieux »), il devient possible de soustraire les scores pré- des scores post-traitement, de faire des moyennes de scores des patients d'un groupe, et de comparer statistiquement l'évolution de deux groupes. La quantification offre de toute évidence des avantages incomparables à l'évaluation purement qualitative. Et pourtant, elle n'a rien de sorcier. Elle n'est même pas réductrice : à partir du moment où les réponses sont standardisées, leur quantification ne fait perdre aucune information (on peut toujours revenir à la forme verbale pour l'interprétation).

Un autre problème potentiel avec la simple question « Comment allez-vous ? » est que c'est une question unique et globale, qui limite intrinsèquement les informations qu'on peut en obtenir. Par ailleurs, la fiabilité est limitée : sur une question unique, un sujet pourrait répondre n'importe quoi, soit parce qu'il n'a pas bien compris la question, soit parce que pile à ce moment-là, quelque chose lui passe par la tête qui biaise sa réponse, etc.

## Échelle de la dépression de Beck

Treize questions couvrent les principaux symptômes associés à la dépression, et pour chaque question, quatre réponses possibles couvrant tout le spectre d'intensité possible des symptômes.

### **Le questionnaire**

0 Je ne me sens pas triste / 1 Je me sens cafardeux ou triste / 2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir / 3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir / 1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir / 2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer / 3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie / 1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens / 2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs / 3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait / 1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances / 2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit / 3 Je suis mécontent de tout

0 Je ne me sens pas coupable / 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps / 2 Je me sens coupable / 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

0 Je ne suis pas déçu par moi-même / 1 Je suis déçu par moi-même / 2 Je me dégoûte moi-même / 3 Je me hais

0 Je ne pense pas à me faire du mal / 1 Je pense que la mort me libérerait / 2 J'ai des

plans précis pour me suicider / 3 Si je le pouvais, je me tuerais

0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens / 1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois / 2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux / 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume / 1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision / 2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions / 3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant / 1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux / 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux / 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant / 1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose / 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit / 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude / 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude / Faire quoi que ce soit me fatigue / Je suis incapable de faire le moindre travail

0 Mon appétit est toujours aussi bon / 1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude / 2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant / 3 Je n'ai plus du tout d'appétit

### **Interprétation (le score varie de 0 à 39)**

0 à 3 : pas de dépression / 4 à 7 : dépression légère / 8 à 15 : dépression d'intensité moyenne à modérée / 16 et plus : dépression sévère

Ainsi, il est important de poser toute une série de questions au sujet, d'une part pour acquérir des informations précises sur tous les aspects jugés pertinents de son ressenti, d'autre part, pour accroître par la redondance partielle des questions la fiabilité des informations obtenues.

C'est ainsi que l'on en arrive à concevoir des questionnaires, tels que l'ultra-classique échelle de la dépression de Beck. Aaron Beck a rédigé treize questions qui couvrent les principaux symptômes associés à la dépression, et pour chaque question, quatre réponses possibles couvrant tout le spectre d'intensité des symptômes. Pour chaque question, il est aisé de se situer personnellement (même si parfois on hésite entre deux réponses, on se force à choisir la plus proche de ce qu'on ressent, cela affecte peu la précision de l'évaluation). Et même s'il est possible d'avoir un symptôme élevé à une ou deux questions pour des raisons idiosyncrasiques, il est difficile de déclarer de nombreux symptômes sans être véritablement dans un état de dépression sévère, ce qui permet d'avoir une mesure fiable de l'état dépressif global du sujet.

On remarque au passage un deuxième avantage de la quantification, qui est de pouvoir cumuler les réponses à plusieurs questions. On obtient ainsi un chiffre (entre 0 et 39 dans l'échelle de Beck) qui a une bien meilleure fiabilité et une bien meilleure précision que le score entre 1 et 9 issu de la réponse à la seule question « Comment allez-vous ? ». Si l'on souhaite se servir de ces scores pour prendre une décision (concernant une prise en charge, par exemple), on peut utiliser des seuils (par exemple, Beck suggère 16 comme seuil clinique de la dépression sévère).

La même approche s'applique pour tous les troubles et tous les types de souffrance psychique que l'on souhaite évaluer (anxiété, phobies, obsessions...). Et

### Quelques objections parfois avancées...

#### « L'homme ne peut pas être réduit à un chiffre »

Cette objection est souvent entendue. L'utilisation d'évaluations quantifiées (comme le score total de l'échelle de Beck) n'implique pas de croire que l'état subjectif de la personne peut se résumer à un chiffre. On traite simplement le chiffre comme une estimation imparfaite d'un état particulier de la personne. Il en est exactement de même lorsque l'on mesure un taux de glycémie, il ne résume pas à lui tout seul l'état de santé de la personne, ni même l'état de son pancréas. Il fournit une indication imparfaite et indirecte du fonctionnement de certaines cellules de son pancréas, à un instant donné, modulé par de nombreux autres facteurs (par exemple l'état nutritionnel, l'activité physique). Néanmoins, ce chiffre est extrêmement utile pour se faire une idée des risques pesant sur la santé d'un individu, et des mesures à prendre pour la préserver. Il permet aussi de quantifier l'efficacité de certains traitements du diabète. La seule chose qui importe, c'est que le chiffre en question fournisse une estimation suffisamment fiable d'un état de la personne et qui soit pertinente par rapport à sa plainte et par rapport au traitement qui lui est proposé. Les chiffres qui sortent des évaluations de la souffrance psychique ne sont, de ce point de vue, pas différents de ceux qui sont produits par toutes les mesures physiologiques que l'on peut faire sur l'organisme : ils sont certes réducteurs, mais fiables, informatifs et utiles pour certains usages. C'est tout ce qu'on leur demande.

aussi dans les cas où l'objet du traitement n'est pas la souffrance psychique, mais plutôt des capacités cognitives, des apprentissages, des comportements, ou des paramètres sociaux. C'est le cas typiquement pour l'autisme, les troubles du langage et des apprentissages. Dans tous les cas, il est important de choisir les outils d'évaluation appropriés par rapport aux objectifs thérapeutiques du traitement. Sachant que choisir des indicateurs cognitifs comme objectif principal d'un traitement n'exclut absolument pas de s'intéresser aussi à une éventuelle souffrance psychique des mêmes individus, et de leur offrir un traitement approprié pour cela.

Le point plus général qu'illustre l'exemple de l'échelle de dépression de Beck, c'est que tout aspect de la subjectivité humaine peut être, dans une certaine mesure, objectivé et quantifié.

La principale limite à l'objectivation est ce que la personne veut bien communiquer de son état subjectif, et les mots qu'elle utilise pour le faire. Car s'il est une source de réduction et de déformation de la subjectivité, c'est bien le langage humain, avec ses mots imprécis, limités, discrets, qui taillent inévitablement en pièces un ressenti subjectif qui n'a aucune raison de se plier aux catégories sémantiques de la langue. Mais le langage est le seul moyen d'accéder à la subjectivité d'un autre, et cette limite infranchissable s'impose de manière égale à tous les thérapeutes de toutes obédiences. Une fois la subjectivité imparfaitement traduite en mots, l'étape ultérieure consistant à standardiser les mots utilisés et à les convertir en chiffres est extrêmement bénigne, bien moins réductrice que l'étape de verbalisation.

On voit finalement qu'évaluer la souffrance psychique n'est pas quelque chose de si compliqué que cela, et ne repose pas sur des hypothèses extravagantes. C'est en fait très simple, et c'est très proche de ce que font tous les cliniciens tous les jours en posant des questions à leurs patients. Simplement, c'est une manière plus structurée de poser les mêmes questions, qui permet d'avoir des résultats plus fiables, reproductibles, comparables, et quantifiables.

### Quelques objections parfois avancées...

**« La psychanalyse fait du sur-mesure pour chaque individu, et ne peut donc se prêter à des évaluations de protocoles standardisés. »**

La psychanalyse n'a pas le monopole du sur-mesure, tous les psychothérapeutes pratiquent des thérapies personnalisées en fonction des besoins et des caractéristiques du patient. Contrairement aux accusations récurrentes de certains psychanalystes, aucune forme connue de psychothérapie ne déroule aveuglément un protocole standardisé identique pour tous les patients.

Mais en tout état de cause, le fait qu'un traitement soit totalement uniforme, ou au contraire totalement individualisé, n'a strictement aucune incidence sur la méthodologie de l'évaluation, qui ne suppose aucune uniformité du traitement. Que chaque thérapeute fasse de son mieux avec chaque patient, cela n'entre nullement en conflit avec la possibilité d'évaluer l'état des patients avant et après, et de faire des statistiques sur des groupes de patients.

## La validité des échelles d'évaluation

Comme dans toute approche scientifique, la validité des échelles d'évaluation est elle-même une question empirique, qui doit être testée rigoureusement. Par exemple, en administrant l'échelle de Beck à une large population, on peut observer la distribution des scores, identifier les personnes ayant les scores les plus élevés, et déterminer si ces personnes, et seulement celles-ci, ont des symptômes dépressifs sévères selon les critères diagnostics usuels des psychiatres. Ces tests de sensibilité et de spécificité permettent d'estimer la validité de toute échelle d'évaluation, et conduisent soit à l'adopter, soit à la modifier, soit à l'abandonner.

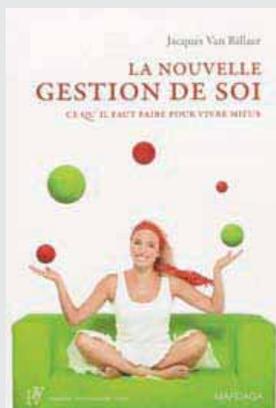
Rien, absolument rien dans les thérapies psychanalytiques n'est incompatible avec la possibilité d'évaluer la souffrance psychique des patients avant et après la cure analytique. Et il incombe à ceux qui disent que « la psychanalyse, ça marche », d'expliquer quelles sont les méthodes qui leur permettent d'aboutir à cette évaluation positive, et de s'exposer à un débat scientifique sur les limites de leur méthodologie. ■

### *La nouvelle gestion de soi : ce qu'il faut faire pour vivre mieux*

Jacques Van Rillaer

Préface de Christophe André

Éditions Mardaga, 2012, 336 pages, 25 €



Notre bonheur et notre contribution à celui des autres dépendent, pour une large part, de notre aptitude à gérer efficacement nos émotions, nos impulsions et nos actions. Cette aptitude n'est pas une entité mystérieuse, la volonté, que certains possèderaient et d'autres pas. Elle résulte d'un ensemble de comportements que chacun apprend dès l'enfance et qu'il peut continuer à développer à l'âge adulte.

Pour apprendre à bien se gérer, il n'est pas nécessaire de faire de longues études de psychologie, mais il est très utile, voire indispensable, de comprendre certains processus psychologiques.

L'ouvrage présente les informations qui facilitent la modification d'habitudes néfastes, le changement de schémas de pensée, le contrôle d'impulsions dangereuses, la confrontation avec des situations stressantes, le développement d'activités épanouissantes. Il fournit un cadre théorique qui permet d'articuler, de façon cohérente, les diverses façons d'agir sur soi-même. La perspective est celle de la psychologie scientifique. Les recommandations pratiques sont basées sur de nombreuses observations cliniques et sur l'état actuel de recherches fondamentales.

*Présentation de l'éditeur*

Jacques Van Rillaer est docteur en psychologie, Professeur émérite à l'Université de Louvain-la-Neuve et aux Facultés universitaires St-Louis (Bruxelles). Il est l'auteur d'une dizaine d'ouvrages, parmi lesquels *Les illusions de la psychanalyse* (Mardaga), *Psychologie de la vie quotidienne* (Odile Jacob) et co-auteur du *Livre noir de la psychanalyse* (Les Arènes). Il est membre du comité de parrainage scientifique de *Science et pseudo-sciences*.

*Nous signalons bien volontiers...*

# Utilité et dangers des catégorisations psychopathologiques

*Jacques Van Rillaer*

Jacques Van Rillaer est professeur émérite de psychologie à l'Université de Louvain et membre du comité de parrainage scientifique de l'AFIS. Il vient de publier *La nouvelle gestion de soi : Ce qu'il faut faire pour vivre mieux* (Éditions Mardaga).



« Ce qui n'est pas fixé n'est rien.  
Ce qui est fixé est mort »

Paul Valéry [1]

Le mot « catégorisation » désigne deux opérations : la constitution d'une catégorie dans laquelle on range des éléments jugés de même nature (par exemple la définition de la dépression par une série de comportements typiques) ; le rangement d'un élément dans une catégorie (par exemple le fait de considérer tel individu comme un déprimé).

Les catégories sont utilisées comme des *entités exclusives*, qui englobent tous les éléments présentant une propriété commune et excluent tous les autres, ou comme des *dimensions bipolaires*, par rapport auxquelles tout élément peut être situé. Exemple du premier type : la *catégorie des déprimés* (opposés aux non-déprimés). Exemple du second : la *dimension dépressivité*, variant de totalement déprimé à humeur neutre ou à extrêmement euphorique.

La catégorisation accompagne toute perception. Elle assure de multiples fonctions indispensables à la survie. Sans ce processus, nous ne pourrions développer un savoir scientifique, ni même des connaissances intuitives. La catégorisation permet de dégager des régularités, de trouver des relations de concomitance ou de causalité. Mais il y a un revers à la médaille. Les catégories présentent des degrés très variables d'élaboration, d'adaptation aux faits et d'utilité. Certaines sont particulièrement inadéquates.

## Justifications de catégories psychopathologiques

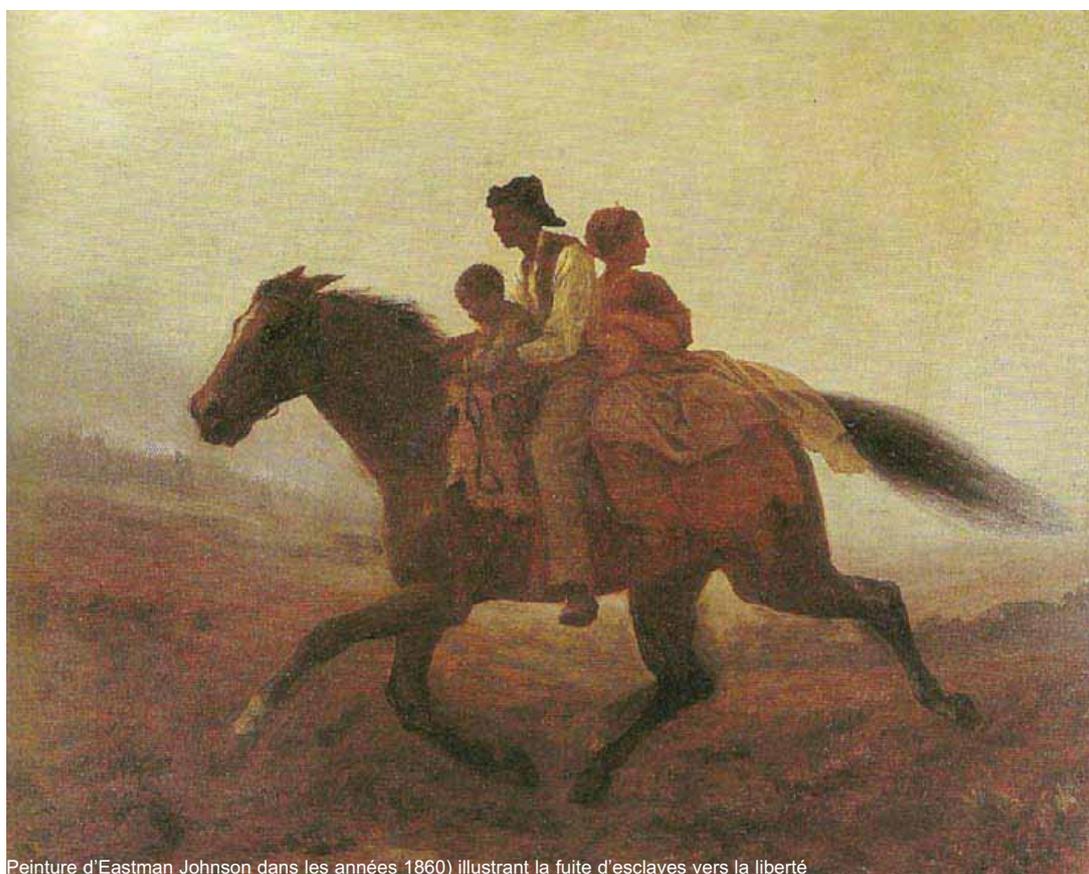
Des catégories de troubles mentaux ont été proposées dès l'Antiquité. Un papyrus égyptien décrit des troubles mentaux provoqués par le déplacement de l'utérus vers le haut. Les Grecs nommeront ces troubles l'« hystérie » (*hystera* = matrice). Dans le *Corpus hippocraticum*, on distingue en outre l'épilepsie, la frénésie, l'agitation mentale sans fièvre, la mélancolie, les peurs excessives, les soucis excessifs [2].

De nos jours, les principaux objectifs de l'identification de maladies physiques et mentales sont de faire des diagnostics et des pronostics, suivis, tôt ou tard, d'explications et de principes pour des traitements, des remboursements de soins, la sélection de personnel, etc.

Certaines classifications sont uniquement utilitaires. Ainsi, au XVIII<sup>e</sup> siècle, Joseph Daquin – promoteur de méthodes humanitaires pour les malades mentaux – a défini six catégories permettant de répartir les malades dans des espaces séparés : fous furieux (ou « fous à lier »), fous tranquilles (à enfermer sans attacher), extravagants (à surveiller constamment), insensés (à comportement imprévisible), imbéciles (à conduire comme des enfants), fous en démente (ayant besoin de soins physiques) [3].

En 1843, un homme, qui avait tenté d'assassiner le premier ministre anglais, a été déclaré irresponsable et envoyé à l'asile plutôt qu'en prison. Le diagnostic psychiatrique sera ensuite de plus en plus utilisé pour établir le degré de responsabilité et de culpabilité.

Des diagnostics peuvent avoir une fonction de contrôle social et de répression. Cela a été le cas de la « drapétomanie » (du latin *drapeta*, esclave fugitif), la manie « irrationnelle » des esclaves de vouloir s'enfuir. Cette expression a été inventée en 1851 par le médecin américain Samuel Cartwright, dans son rapport d'une enquête portant sur les coutumes des esclaves noirs. La thérapie était simple : l'amputation des gros orteils, qui rend impossible la course à pied [4].



Peinture d'Eastman Johnson dans les années 1860) illustrant la fuite d'esclaves vers la liberté

## Les maladies mentales

Jusqu'au siècle des Lumières, les explications rationnelles n'ont guère fait contrepoids aux explications magiques et religieuses. Au XIX<sup>e</sup> siècle, des médecins ont défendu des explications psychologiques et le « traitement moral », tandis que d'autres s'intéressaient à l'anatomie cérébrale. C'est à cette époque que l'on a mis en évidence que la progression de la syphilis s'accompagne d'une détérioration mentale aboutissant à une psychose de type mégalomaniacale. L'agent infectieux a été identifié en 1905 et Wagner von Jauregg est parvenu à arrêter l'évolution de la maladie par malaria-thérapie<sup>1</sup> en 1917. À partir de 1943, la pénicilline a permis une thérapie efficace. C'est une des premières fois où l'on a pu parler d'une maladie mentale avec un ensemble de symptômes résultant d'une cause somatique (à l'image du bacille de Koch pour la tuberculose).

De nos jours, nous identifions toujours davantage de troubles mentaux ayant une cause somatique et pouvant être considérés comme des maladies ou des handicaps mentaux : épilepsie, démence alcoolique, démence d'Alzheimer, mongolisme, trouble bipolaire, certains types d'autisme, etc.

La méconnaissance de déterminants somatiques mène à des traitements inadéquats et à de fausses explications d'échecs ou de réussites. Une illustration célèbre est l'Homme aux loups de Freud. Ce patient avait séjourné chez Emil Kraepelin, qui avait diagnostiqué une « psychose maniaco-dépressive ». Il avait ensuite consulté Freud, ravi de soigner un patient non guéri par un adversaire. Freud a diagnostiqué une « névrose infantile » et a traité le patient pendant 4 ans et 5 mois (à raison d'un minimum de 6 séances par semaine au prix de 40 couronnes, soit ± 1350 €, la séance). Le traitement psychologique a semblé un succès... mais le patient devait rechuter périodiquement. Freud a chaque fois renvoyé le patient à des collègues, qui ont cru à leur tour à une guérison après quelques mois ou années d'analyse. En réalité, le patient présentait typiquement le trouble bipolaire – un trouble biologiquement déterminé – et passait continuellement par trois phases : dépression, normalité thymique et euphorie. À la fin de sa vie, il disait à une journaliste qui l'avait retrouvé dans un asile : « Kraepelin est le seul qui a compris quelque chose »<sup>2</sup>.

### Le grand capharnaüm des étiquetages

Les troubles psychologiques sans causes biologiques démontrées ne constituent pas des entités naturelles. Des psychiatres constatent que certains comportements se trouvent corrélés, mais les regroupements de ces comportements en syndromes demeurent discutables à l'infini. Exemple : en 1869, le neurologue américain George Beard regroupe des symptômes (fatigue, dépression, angoisse, troubles fonctionnels, etc.) sous le terme « neurasthé-

<sup>1</sup> La fièvre provoquée par l'inoculation de la malaria parvient à améliorer l'état des malades, la malaria elle-même étant contrôlée par la quinine – découverte qui valut le Prix Nobel à son auteur.

<sup>2</sup> Pour l'exposé du cas, voir J. Bénesteau (2002) *Mensonges freudiens*. Mardaga, p. 279-285 ou M. Borch-Jacobsen (2011) *Les patients de Freud*, Éd. Sciences Humaines, p. 133-147.

nie » [5]. En 1895, Freud propose de regrouper les symptômes en deux entités : la « neurasthénie véritable » et la « névrose d'angoisse ». Il avance que cette distinction se justifie par deux étiologies bien distinctes. Il affirme avoir constaté, dans *tous* les cas de neurasthénie, des pratiques masturbatoires et, dans *tous* les cas de névrose d'angoisse, des excitations frustrées, tout spécialement le coït interrompu [6]. Les recherches des psychiatres et des psychologues d'orientation scientifique n'ont pas confirmé ces explications. Il y a de nombreuses autres causes à la dépression et au syndrome de fatigue chronique (les syndromes qui correspondent plus ou moins à la neurasthénie), ainsi qu'aux troubles anxieux que Freud regroupe sous l'étiquette névrose d'angoisse (anticipations anxieuses, paniques, phobies, obsessions, paresthésies, etc.). Freud a tort de dire que la distinction qu'il propose se justifie essentiellement par l'existence de deux types de pratiques sexuelles qu'il qualifie de pathogènes. De façon générale, il convient d'en rester à des catégories descriptives tant que les causes ne sont pas clairement démontrées, ce qui est encore souvent le cas aujourd'hui.

Jusqu'au début du XX<sup>e</sup> siècle, les médecins utilisaient un petit nombre de catégories. Freud par exemple s'en tenait à une dizaine : neurasthénie, paranoïa, perversions (homosexualité, pédophilie, sadisme, etc.), névroses hystérique, phobique, obsessionnelle, narcissique, traumatique, de caractère. Kraepelin, dans le plus célèbre des manuels de psychiatrie de cette époque, distinguait les psychoses exogènes (troubles du métabolisme et d'infections, démence précoce, tumeurs cérébrales) et les psychoses endogènes (folie maniaco-dépressive, paranoïa, psychose d'involution, etc.). Les utilisateurs de ces termes devenant de plus en plus nombreux, les significations sont devenues de plus en plus floues. Par exemple, le mot « hystérie » a fini par tout qualifier, depuis les possessions démoniaques jusqu'au refus par une adolescente de se laisser embrasser sur la bouche par l'ami de son père<sup>3</sup>.

## Un outil imparfait mais nécessaire

Aux États-Unis, lors de la mobilisation de 1941, ce flou dans les diagnostics est apparu comme un problème : les psychiatres n'arrivaient à ranger dans leurs catégories que 10% des personnes malades qu'ils examinaient [7]. Dans le même temps, les recherches et les études épidémiologiques butaient sur l'absence de catégories claires, les scientifiques éprouvaient des difficultés à discuter entre eux, faute d'une description partagée des concepts et entités manipulées par les uns et les autres. C'est pourquoi l'*American Psychiatric Association* (APA) a décidé d'établir et de publier en 1952 un manuel présentant 106 catégories clairement définies : le *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* ou *DSM-I*.

<sup>3</sup> C'est ainsi que Freud interprète la réaction de sa patiente Dora. Alors qu'elle avait 14 ans, un ami du père a essayé de l'embrasser en la serrant contre lui. Elle avait ressenti du dégoût. Diagnostic : « Le comportement de cette enfant de 14 ans est déjà complètement et totalement hystérique. Je tiendrai sans hésiter pour une hystérique toute personne chez qui une occasion d'excitation sexuelle provoque principalement ou exclusivement des sentiments de déplaisir ». Fragment d'une analyse d'hystérie (1905). Tr., Œuvres complètes, PUF, VI, p. 208.



*Pinel délivrant les aliénés à la Salpêtrière en 1795  
(extrait d'un tableau de Tony Robert-Fleury)*

Dans les années qui suivirent, plusieurs recherches ont porté sur le degré de concordance des diagnostics psychologiques émis par différents thérapeutes sur les mêmes patients. Par exemple, Aaron Beck et ses collègues ont demandé à quatre psychiatres d'un hôpital universitaire de diagnostiquer 153 patients. L'accord a été de 70% pour la distinction entre psychose et névrose,

mais beaucoup plus faible pour les autres catégories (par exemple, 38% d'accord pour « trouble de la personnalité ») [8].

La deuxième édition du DSM (1968) s'est voulue plus précise et en accord avec la 8<sup>e</sup> révision de la *Classification Internationale des Maladies* (CIM). Elle n'en restait pas moins fort décevante. Par exemple, Robert Kendell et ses collègues ont demandé à des psychiatres anglais et américains de diagnostiquer des patients (trois américains et cinq anglais) après avoir vu les entretiens en vidéo. Un des patients a été étiqueté schizophrène par 69% des Américains et 2% des Anglais. Pour un autre, les chiffres étaient 85% versus 7%. Le diagnostic a été déterminé bien plus par la nationalité des psychiatres que par l'état des patients [9].

L'APA s'est remise au travail en vue d'éditer un manuel dit « a-théorique », utilisable par tout psychiatre ou psychologue, quelle que soit son orientation théorique. En effet, les deux premières éditions étaient empreintes de la théorie freudienne. Dans les suivantes, des termes ambigus comme « névrose » ou « hystérie » allaient disparaître au profit de concepts consensuels soigneusement définis. Ce changement a suscité une vive opposition des freudiens orthodoxes. On les comprend : Freud écrivait, au sommet de sa carrière, « *notre technique a grandi avec le traitement de l'hystérie et elle ne cesse d'être toujours réglée sur cette affection.* » [10]

Le DSM-III (1980) était une édition qui en attendait d'autres. On lisait dans la préface que ce n'était qu'une « version temporairement "arrêtée" dans un processus qui se poursuit ». Aujourd'hui, l'APA travaille au DSM-5, en tenant compte de milliers d'études réalisées depuis la première édition sur les catégories utilisées. Il est certain qu'il sera un outil imparfait, mais amélioré et incontournable pour tous ceux qui veulent travailler scientifiquement en psychopathologie.

## Références

- [1] *Œuvres II*. Gallimard, Pléiade, 1966, p. 697.
- [2] Gourevitch, D. (1983) La psychiatrie de l'Antiquité gréco-romaine. In J. Postel & C. Quételet (eds) *Histoire de la psychiatrie*. Privat, p. 13-32.
- [3] Ellenberger, H. (1963) Les illusions de la classification psychiatrique. *L'Évolution psychiatrique*, 28 : 221-242. Rééd. in *Médecines de l'âme*. Fayard, p. 159-181.
- [4] White, K (2002) *An Introduction to the Sociology of Health and Illness*. Sage, p. 42.
- [5] *Sexual Neurasthenia (Nervous Exhaustion)*. New York : Treat, 1884. Tr., *La neurasthénie sexuelle*. L'Harmattan, 1999.
- [6] Du bien-fondé à séparer de la neurasthénie un complexe de symptômes déterminé, en tant que "névrose d'angoisse" (1895). Tr., *Œuvres complètes*, PUF, III, p. 29-58.
- [7] DSM-I (1952), p. VI.
- [8] Beck, A. et al. (1967) Reliability of psychiatric diagnoses. 2 : A study of consistency of clinical judgments and ratings. *American Journal of Psychiatry*, 119 : 351-357.
- [9] Kendell, R. et al. (1971) Diagnostic criteria of American and British psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 1971, 25 : 123-130.
- [10] Wege der psychoanalytischen Therapie (1919). Tr., Les voies de la thérapie psychanalytique. *Œuvres complètes*, PUF, XV, p. 106.

## Des dangers des catégorisations

La catégorisation d'une personne peut prendre la forme d'une simplification caricaturale. Elle peut alors induire ou renforcer des troubles comportementaux. Une personne diagnostiquée « personnalité antisociale » par son entourage ou par un expert ne peut pas facilement échapper à cet étiquetage, qu'il soit psychiatrique ou populaire (« salaud », « monstre », etc.). Divers comportements, qualifiés de normaux lorsqu'ils surviennent chez d'autres, ne retiennent guère l'attention de l'entourage ou sont interprétés de façon à cadrer avec le diagnostic. D'autre part, un comportement quelque peu déviant est d'emblée attribué à l'« être » (« profond » et permanent) de la personne, tandis que les conditions environnementales ne sont pas ou peu prises en compte. Le label apposé sur un individu influence la manière dont les autres le perçoivent et agissent à son égard, il détermine la manière dont lui-même se perçoit et réagit.

En usant de catégories psychopathologiques, il faudrait toujours garder à l'esprit les principes suivants : (a) ces catégories ne sont que des façons d'organiser des informations, elles sont relatives et amendables ; (b) elles n'expliquent pas, par elles-mêmes, les comportements (on n'explique pas l'angoisse de quelqu'un en disant qu'il souffre d'un « trouble anxieux »), elles ne sont que des raccourcis sémantiques ; (c) leur utilisation est néfaste si elle conduit à négliger la singularité de la personne et les contextes qui la conditionnent. ■



Pinel fait enlever les fers aux aliénés de Bicêtre. Tableau peint par Charles-Louis Muller (1815-1892).

# Classifications internationales des troubles mentaux

## Vraies limites et faux problèmes

*Franck Ramus*

Parmi les nombreux stratagèmes qu'utilisent les psychanalystes pour tenter d'échapper aux évaluations de leurs pratiques, un argument qui revient souvent est la contestation des catégories diagnostiques définies dans les classifications internationales. Selon eux, comme ils ne reconnaissent pas la validité de ces catégories, ils ne peuvent pas se couler dans le moule de la recherche internationale sur les troubles mentaux, ni en termes de recherche fondamentale, ni en termes de recherche clinique, et par conséquent on ne peut les évaluer selon les mêmes critères, CQFD. Cet article examine certains des reproches les plus couramment faits aux classifications des maladies, et en particulier au DSM-IV.



### Le DSM définit-il arbitrairement ce qui est pathologique ?

En sciences, la normalité n'a aucune connotation prescriptive ou morale, c'est un concept purement statistique : c'est ce qui est observé chez la majorité des individus de la population. Par conséquent l'anormalité est ce qui est observé chez une minorité d'individus. Si l'on illustre ce point sur la distribution des scores de quotient intellectuel (QI) au sein de la population (dont la moyenne est 100 et l'écart-type est 15 par construction), il est « normal » d'avoir un QI dans le milieu de la distribution (autour de 100), et il est « anormal » d'avoir un QI très faible ou très élevé.

La pathologie est un concept distinct, elle est définie (notamment dans le DSM-IV) comme étant ce qui dévie significativement de la norme *et* qui engendre de la souffrance chez le patient ou son entourage. C'est pour cela que, bien qu'il soit « anormal » d'avoir un QI très élevé, cela n'est pas considéré comme une pathologie (à la différence d'un QI très faible).

Il n'existe pas toujours dans la nature une frontière claire entre la bonne santé et la maladie. Par conséquent, les seuils que l'on fixe entre le normal et le pathologique ont inévitablement une part d'arbitraire. Bien souvent on fixe par convention le seuil à 2 écarts-types au-delà de la moyenne de la population. Cela correspond au score de 70 pour le quotient intellectuel,

en-deçà duquel on définit la « déficience intellectuelle ». Bien évidemment, les personnes qui ont un QI de 69 ne sont pas qualitativement différentes de celles qui ont un QI de 71. Tout le monde s'accorde à dire que les personnes avec un QI de 85 fonctionnent normalement et que celles avec un QI de 50 ont de graves problèmes. Mais le seuil à 70 n'a rien de magique. Simplement, en pratique, il parvient relativement bien à identifier les personnes qui ont des difficultés importantes et qui nécessitent une prise en charge particulière, avec néanmoins tous les problèmes inhérents aux effets de seuil. Il en est exactement de même pour de nombreuses maladies somatiques, par exemple le diabète, avec le problème de fixer le taux de glycémie à partir duquel une prise en charge médicale se justifie.

Ce qui est évident concernant les scores de QI, qui sont par nature unidimensionnels et quantitatifs, est également vrai pour de nombreuses maladies. Par exemple, l'autisme est défini sur trois dimensions (cf. article de Baudouin Forgeot d'Arc) et la sévérité du trouble varie continûment et indépendamment sur chacune des trois dimensions, de telle sorte qu'il n'y a pas de seuil naturel séparant les véritables troubles autistiques de simples traits de personnalité un peu « bizarres ». De même, il existe tout un continuum de la dépression la plus sévère et chronique à de simples variations passagères de l'humeur. Les mêmes considérations s'appliquent à la plupart des maladies somatiques (c'est-à-dire non psychologiques), pensons par exemple à l'hypertension artérielle, les cancers, ou la myopie.

Certains voudraient limiter la définition des maladies à celles pour lesquelles une cause ou un mécanisme pathologique est clairement identifié [1]. Mais cela revient à confondre classifications nosographique (des troubles) et étiologique (des causes).

Classifier les maladies est un préalable, qui définit les entités sur lesquelles on peut faire de la recherche dans le but d'en déterminer les causes. La compréhension des causes peut conduire à remanier la classification nosographique et à la rapprocher d'une classification étiologique (c'est le but ultime), mais on ne peut faire de la classification étiologique un préalable ni un impératif. Ne reconnaître que les maladies dont les causes sont connues conduirait à ne pas identifier et ne pas prendre en charge la plupart des patients !

Au seuil de l'éternité (1890), tableau de Vincent van Gogh. The Yorck Project.



En somme, il n'y a pas de définition naturelle de la maladie. D'un point de vue purement scientifique, à la limite, on pourrait totalement se passer de seuils. Les seuils existent essentiellement pour des considérations pratiques, ils sont nécessaires pour prendre des décisions : déclencher (ou pas) une prise en charge, choisir un traitement A ou un traitement B, décider de rembourser (ou pas) un acte, etc.

## **Les catégories diagnostiques du DSM sont-elles arbitraires et manquent-elles de validité ?**

Tout le monde est d'accord pour dire que les catégories diagnostiques définies dans les classifications sont imparfaites (et certaines plus que d'autres). C'est pour cela qu'elles ne sont pas figées et qu'on les réviser régulièrement en fonction de l'état des connaissances. C'est tout l'enjeu des concertations actuellement en cours en vue du DSM-V et de la CIM-11. Pour une discussion éclairée des enjeux de ces révisions dans le domaine de la psychiatrie, on lira avec intérêt l'article de Michael Rutter (2011), le plus éminent pédopsychiatre britannique [2], et celui de Baudouin Forgeot d'Arc dans ce numéro.

Parmi les reproches couramment adressés à ces catégories diagnostiques on trouve le fait que chaque catégorie recouvre une population hétérogène (c'est flagrant pour l'autisme, notamment en raison des variations induites par le niveau intellectuel), et le fait qu'elles ont des frontières incertaines, avec un recouvrement parfois important (le cas le plus connu étant la comorbidité – ou association – notoire entre dépression et troubles anxieux). Ces faits sont bien connus et peuvent, ou pas, signaler la faible validité de certaines catégories diagnostiques. Le même problème existe dans de nombreuses maladies somatiques, par exemple les jaunisses.

Là encore, il faut comprendre que ces catégories n'existent pas dans la nature. Elles sont imposées par l'homme, qui trouve utile de désigner par un même nom des profils de dysfonctionnements ayant d'importants traits en commun, et ce notamment parce que les personnes présentant des troubles similaires ont souvent des besoins similaires et vont pouvoir bénéficier d'approches thérapeutiques similaires. L'hétérogénéité de chaque catégorie et le recouvrement entre catégories n'est pas en soi un argument déterminant contre la validité des catégories. Ce qui importe, c'est de déterminer, en fonction des données épidémiologiques, physiologiques et cliniques, s'il est plus avantageux d'un point de vue médical d'élargir une catégorie, de regrouper des catégories ou, au contraire, de les subdiviser, plutôt que de conserver les catégories actuelles. Il est également envisagé, pour le DSM-5, de compléter les diagnostics par des données dimensionnelles (des profils quantitatifs), ce qui pourra être très utile, tout en sachant que ces dernières ne pourront pas totalement remplacer les catégories pour certains usages, en particulier pour la prise de décision.

Une autre caractéristique des troubles mentaux définis dans les classifications internationales est que, contrairement à la plupart des maladies

somatiques, leurs définitions ne font généralement pas référence à des causes. Ce choix délibéré découle simplement du fait que, pour la plupart des troubles mentaux, les causes ne sont connues que de manière très partielle, et même lorsqu'elles sont connues en moyenne, il est excessivement difficile de les établir pour un patient donné. Et pourtant, les patients ont besoin d'aide (c'est pour cela qu'ils consultent), ils ne peuvent pas attendre quelques décennies que la recherche ait avancé ! Les troubles mentaux sont donc définis sur la base des symptômes plutôt que sur la base des mécanismes pathologiques, ce qui les distingue partiellement des maladies somatiques.

Certains considèrent qu'on ne peut pas définir des maladies sur la base de symptômes, en l'absence de causes connues [1]. On n'est pas obligé de partager cette vision étroite de la notion de maladie. Chaque maladie s'exprime à de multiples niveaux de description (moléculaires, cellulaires, physiologiques et, pour les troubles mentaux : cognitifs, comportementaux et phénoménologiques). Il n'existe pas un unique niveau privilégié auquel toutes les maladies seraient définissables de manière pertinente. Ce qui importe, c'est de définir chaque maladie au niveau qui permet d'apporter la réponse la plus cohérente. Il y a toutes les raisons de penser que les niveaux cognitifs, comportementaux et phénoménologiques sont les niveaux de description les plus pertinents pour la plupart des troubles mentaux.

On peut imaginer que les traitements des troubles mentaux seraient plus efficaces s'ils étaient guidés par une connaissance précise des mécanismes pathologiques sous-jacents. En théorie, c'est certain, c'est tout l'enjeu de la future médecine personnalisée. En pratique, c'est impossible dans la plupart des cas avec les connaissances disponibles actuellement. Les traite-



ments, qu'ils soient psychothérapeutiques ou médicamenteux, sont donc prescrits largement dans l'ignorance des mécanismes sous-jacents. Il n'en reste pas moins que certains sont efficaces, en moyenne, sur une proportion importante de patients, alors même qu'il est certain qu'il existe une grande variété de mécanismes au sein même des patients à qui le traitement réussit. Ce qui est en soi une confirmation partielle de la pertinence des catégories telles qu'elles sont définies.



Par exemple, la schizophrénie est un trouble d'origine complexe, impliquant une multitude de facteurs de susceptibilité sur de multiples gènes, ainsi que des facteurs environnementaux (comme le cannabis). Chaque patient possède donc une combinaison unique de facteurs génétiques et environnementaux. Faut-il définir une catégorie diagnostique pour chacun ? Ce serait absurde, alors même que les antipsychotiques apportent des bienfaits importants à la plupart d'entre eux. De même, l'autisme a des causes tout aussi complexes et hétérogènes que la schizophrénie. Et pourtant, les approches psychothérapeutiques et comportementales passées en revue par la Haute Autorité de Santé<sup>1</sup> en mars 2012 semblent réussir à environ 50 % de ces enfants, toutes causes confondues. Peu importe que leur sillon temporal supérieur (ou d'autres régions de leur cerveau) soit perturbé par des facteurs génétiques influençant la synaptogénèse ou la migration neuronale, ou par un virus ou par une hypoxie à la naissance, ce qui compte du point de vue des cliniciens, c'est que les enfants qui ont des déficits cognitifs similaires répondent positivement à un certain type de rééducation et d'éducation qui leur permet de développer certaines compétences cognitives, et ce malgré leurs perturbations cérébrales.

Ainsi, de la même manière qu'il serait absurde de vouloir définir différemment les maladies coronariennes selon qu'elles soient dues à du cholestérol, au tabagisme, à des facteurs génétiques ou à une combinaison complexe des trois, il est absurde de vouloir absolument limiter la définition des troubles mentaux à des mécanismes pathologiques bien identifiés.

Mais bien entendu, il est important de continuer les recherches pour déterminer ces mécanismes, et dans les cas où la découverte de types de mécanismes différents permettrait d'envisager des traitements différents au sein d'une même catégorie diagnostique, il conviendra de réfléchir s'il est plus opportun de subdiviser la catégorie, ou simplement de compléter le diagnostic par un test permettant de déterminer le mécanisme pathologique et le traitement le plus adapté.

<sup>1</sup> Voir le dossier de *Science et pseudo-science* n°300, avril 2012 : « Autisme, le jour se lève pour les approches scientifiques ».

## **Les catégories diagnostiques du DSM biaisent-elles les recherches et déterminent-elles ce qu'elles peuvent trouver ?**

Il est vrai que les recherches scientifiques doivent se baser sur des hypothèses précises, le plus souvent du type « les patients avec tel trouble ont telle particularité (démographique, environnementale, cognitive, cérébrale, ou génétique), comparés à des sujets témoins ». Ce qui suppose de s'appuyer sur des catégories diagnostiques définies au préalable ; il n'est donc pas étonnant que la plupart des recherches portent sur les catégories définies dans les classifications internationales.

Mais il ne faudrait pas croire pour autant que cela a pour effet de rendre ces catégories plus « réelles » et de les figer, bien au contraire. Il ne suffit pas de formuler une hypothèse pour qu'elle soit confortée par les données ! Les cimetières de la science sont remplis d'hypothèses qui n'ont pas survécu à la confrontation aux données. Lorsqu'une catégorie diagnostique s'avère trop hétérogène ou incohérente, on échoue à lui trouver des bases cognitives, cérébrales et génétiques stables, qui résistent à l'analyse statistique. Ce qui conduit les chercheurs à proposer de l'abandonner, la redéfinir ou la subdiviser en catégories plus fiables et surtout plus en accord avec les données recueillies. Ce qui importe, c'est de faire de la recherche rigoureuse, basée sur des données objectives, reproductibles, et de faire évoluer les théories et les classifications pour les faire coller de mieux en mieux aux données. C'est le principal moteur de changement des versions successives des classifications internationales. Autrement dit, les classifications des maladies définissent le « réverbère » au pied duquel la plupart des scientifiques cherchent. Mais elles ne garantissent pas d'y trouver quelque chose, et lorsque les résultats sont négatifs, les chercheurs s'éloignent tôt ou tard du réverbère et finissent par en définir de nouveaux.

De fait, il existe déjà de nombreuses données (cognitives, cérébrales, génétiques) à l'appui d'une bonne partie des catégories du DSM-IV et de la CIM-10. En même temps, elles questionnent souvent les catégories à leurs frontières, et c'est tant mieux. Pour donner un exemple, les données cérébrales et génétiques sur l'autisme montrent à la fois que la catégorie diagnostique « autisme » (à la Kanner) est bien ancrée dans une réalité biologique, sinon on n'aurait pas les données convergentes que l'on a déjà, mais que cette réalité biologique est encore plus compatible avec une catégorie plus large, que l'on appelle aujourd'hui « troubles du spectre autistique ». Le DSM-5 doit en tenir compte.

Donc non, le DSM ne crée pas des choses qui n'existent pas. La plupart des catégories existantes sont déjà bien assises empiriquement. D'autres sont améliorables, certaines sont inadéquates, et elles devront donc être révisées en fonction des données. Les classifications orientent parfois les recherches dans des voies sans issue, mais cela ne peut durer qu'un temps ; tôt ou tard, les données finissent par le révéler et suggérer les modifications nécessaires. Par ailleurs, si un chercheur est en désaccord avec cer-

taines catégories actuelles, rien ne lui interdit d'en définir de meilleures, de tester leur validité et de montrer éventuellement qu'elles produisent des résultats plus cohérents.

## Des classifications qui s'améliorent régulièrement

Pour conclure, c'est bien parce que les classifications internationales s'appuient sur les connaissances scientifiques et sont révisées régulièrement en fonction de leur évolution, que chaque version successive est meilleure que la précédente et qu'on a toute raison d'être optimiste pour les suivantes. Les classifications des maladies suivent le même processus auto-correcteur que la science en général. Par ailleurs, les reproches qui sont faits à la classification des troubles mentaux par le DSM-IV sont les mêmes que ceux qui peuvent être faits à toutes les classifications de toutes les maladies, et sont inhérents à la nécessité pratique de définir des seuils

pour la pathologie et des frontières entre catégories. Il serait déraisonnable d'avoir envers les classifications des troubles mentaux des exigences différentes de celles que l'on a pour les autres maladies. Il faut connaître les limites de ces classifications, comprendre pourquoi elles existent, les utiliser à bon escient et travailler à les améliorer. ■

*Remerciements à Philippe Domenech pour ses commentaires sur une précédente version.*

### Bibliographie

[1] Foncin, J. F. (2008). Réflexions à partir de l'importance de la notion de cause dans la classification des « maladies ». In D. Prat, A. Raynal-Roques & A. Roguenant (Eds.), *Peut-on classer le vivant ? Linné et la systématique aujourd'hui* (pp. 99-105). Paris : Belin.

[2] Rutter, M. (2011). Research Review : Child psychiatric diagnosis and classification : concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 647-660. doi : DOI 10.1111/j.1469-7610.2011.02367.x

### Peut-il y avoir une exception française en médecine ?

Imaginez que dans une spécialité médicale, n'importe laquelle, disons, par exemple, la diabétologie, les spécialistes français s'honorent d'avoir une classification des maladies franco-française. Une classification basée sur des idées sur les causes du diabète différentes de celles communément acceptées dans la recherche médicale internationale, et conduisant à définir les multiples formes de diabète différemment des critères préconisés dans la Classification Internationale des Maladies éditée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Qu'en penseriez-vous? Aimerez-vous être soigné(e) par ces diabétologues français? [...] C'est pourtant exactement ce qui se passe au sein de la psychiatrie française. La 5<sup>e</sup> édition de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA) vient d'être publiée, à destination des psychiatres français souhaitant pratiquer une psychiatrie française, avec des critères diagnostiques fondés sur une théorie psychanalytique des troubles mentaux tombée en désuétude dans le monde entier, sauf en France et dans quelques pays sous influence française. Cette classification débouche sur des modes de prise en charge et sur des pratiques thérapeutiques tout aussi franco-français, et qui, dans le cas de l'autisme par exemple, sont rejetés par la quasi-totalité des associations de patients, et ont fait l'objet de plusieurs condamnations, notamment par le Conseil de l'Europe en 2004, par le Comité Consultatif National d'Ethique en 2005, par un groupe de spécialistes internationaux de l'autisme en 2011, et sont exclues de la recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé en 2012. Et pourtant, la CFTMEA continue à être largement utilisée par des psychiatres français (particulièrement en pédopsychiatrie), les diagnostics inappropriés continuent à être formulés et les pratiques contestées perdurent. [...]

Extrait d'un texte de Franck Ramus publié sur *Lemonde.fr*, 26/09/2012 (<http://franck-ramus.blogspot.fr/>)

# L'autisme d'un DSM à l'autre

*Baudouin Forgeot d'Arc*

**Baudouin Forgeot d'Arc** est psychiatre au Programme Autisme de l'Hôpital Rivière-des-Prairies à Montréal (Canada) et chercheur au centre de recherche en santé mentale de l'Université de Montréal.



*Depuis la publication des critères proposés pour le DSM-5, la future classification américaine des troubles mentaux attendue pour 2013, les modifications concernant l'autisme ont suscité beaucoup de passion et ont agité les revues spécialisées et la presse grand public : disparition du syndrome d'Asperger, possibilité du retrait du diagnostic pour une proportion importante des personnes concernées. Essayons d'y voir plus clair sur la nature et les enjeux des changements en cours.*

L'autisme a été décrit il y a plus de 60 ans, simultanément en Autriche par Hans Asperger et aux USA par Léo Kanner. Pour Kanner, « *le trouble fondamental est l'incapacité des enfants à établir une relation ordinaire avec les gens et les situations, depuis le début de leur vie* ». Il décrit également des particularités du langage, une mémoire excellente, des troubles alimentaires, des réactions anormales au bruit, des comportements répétitifs avec une aversion au changement, une limitation dans la variété des activités.

Ce qui est frappant au premier abord, à la relecture de cette description, c'est sa grande actualité, à la fois dans l'interprétation générale (« *l'incapacité des enfants à établir une relation ordinaire* ») et dans certains détails parfois si étonnants (« *une manie de faire tourner les objets* »). Pourtant, dans bien des cas, les choses sont moins claires : les préoccupations de cette famille, les particularités de cette personne, est-ce bien en rapport avec ce que décrivait Kanner, ou est-ce autre chose ? Si le médecin n'avait pas besoin d'apprendre ni de transmettre, peu importeraient les mots employés. Mais la similarité entre des cas ouvre d'importantes perspectives : pouvoir répéter les observations, comparer les situations et les évolutions permet de communiquer et d'envisager d'améliorer les connaissances et les possibilités d'intervention. Le développement des classifications répond à ce besoin d'une définition qui permette une reconnaissance fiable. Une définition abstraite (par exemple : « *l'autisme est une absence*

*ou une altération de l'instinct social »)* peut exprimer de façon essentielle notre compréhension d'un trouble, mais elle laisse une large place à l'interprétation et donc aux différences entre les utilisateurs, perdant ainsi de sa fiabilité et donc de son utilité. L'idée que la façon la plus fiable de définir cliniquement un trouble était un ensemble de critères descriptifs s'est progressivement imposée.

## Brève histoire de la définition de l'autisme

Après la description initiale de l'autisme au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, le terme « schizophrénie de l'enfant » reste largement utilisé pour désigner un large ensemble de troubles incluant l'autisme. La reconnaissance de l'autisme en tant que diagnostic distinct vient avec le DSM-III, troisième classification de l'association américaine de psychiatrie, en 1980. Le principe d'utilisation est le suivant : une série de six critères descriptifs s'appliquent. Le diagnostic est porté si tous les critères sont remplis. Le diagnostic ne concerne donc que les manifestations très prototypiques. Ainsi, un déficit global du développement langagier est exigé, ainsi que des particularités précises du langage (« écholalie différée, inversion pronominale, langage métaphorique »). Cette approche apparaissant trop restrictive, la version révisée (DSM-III-R) apporte la possibilité de ne remplir qu'une partie des critères, ce qui élargit le concept diagnostique.

Le DSM-IV est publié en 1994. L'autisme est alors inclus dans un nouveau groupe appelé « troubles envahissants du développement » (TED), comprenant en particulier deux autres troubles du spectre de l'autisme – le syndrome d'Asperger et le TED-non spécifié. Les symptômes des TED sont développés au sein de trois domaines d'altérations souvent résumés en : « communication, socialisation, imagination ». De nombreux critères sont proposés et seule une proportion est requise pour le diagnostic. Les critères sont également plus larges que ceux du DSM-III. Ces modifications font que sont davantage inclus dans le spectre les individus avec des formes moins prototypiques, en particulier ceux sans déficience intellectuelle, avec une perturbation du fonctionnement social.

Dans le même temps, l'autisme devient plus connu du public et des médecins et la fréquence du diagnostic augmente : avec une fréquence des personnes ayant un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme qui dépasse 2 % de la population d'après certaines études récentes, on parle parfois d'épidémie. Pourtant, si la fréquence du diagnostic a considérablement augmenté, il n'est pas clair que le nombre de personnes atteintes ait



Egon Schiele (1890–1918)



Chat en cage, Gottfried Mind (1768-1814) Artiste suisse souvent présentée comme autiste

changé : une reconnaissance plus grande du public et des professionnels, l'utilisation du diagnostic pour établir l'éligibilité à des services et à des compensations, ajoutés à l'élargissement du concept de TED au-delà du trouble autistique proprement dit, pourraient expliquer cette augmentation, en particulier par la substitution du diagnostic de TED à d'autres diagnostics (par exemple déficience intellectuelle, autres troubles neurodéveloppementaux, troubles de personnalité). Certains professionnels ont proposé l'insertion dans les manuels diagnostiques d'avertissements contre le surdiagnostic, ou encore des conférences pour « *réduire les cliniciens sur l'utilisation appropriée des critères* ». Il ne s'agit pas que d'une dérive de praticiens peu formés : même les experts diffèrent considérablement dans leur application des critères actuels (même si cette variabilité est réduite par l'utilisation d'outils standardisés).

Ainsi, alors que l'autisme de Kanner, jusqu'au DSM-III, était un trouble rare et très caractérisé, les troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont, au début du XXI<sup>e</sup> siècle, des troubles fréquents et certainement beaucoup plus hétérogènes. En plus d'avoir favorisé la surinclusion et l'inflation diagnostique, sont également reprochés aux critères diagnostiques du DSM-IV une mauvaise sensibilité pour les femmes et dans certaines cultures, ainsi qu'une sensibilité différente selon les âges, responsables d'un manque de stabilité du diagnostic dans le temps. Dans le même temps, c'est sur ces critères que se sont considérablement développées nos connaissances sur l'autisme, ses facteurs biologiques et ses particularités psychologiques<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Voir le dossier de *Science et pseudo-science* n° 300, avril 2012 : « Autisme, le jour se lève pour les approches scientifiques ».

## Vers une nouvelle classification

La révision du manuel diagnostique de l'Association Psychiatrique Américaine (APA) a compris une remise à plat des différents diagnostics psychiatriques. Il est probable que, comme la précédente version, cette classification s'imposera comme référence pour la communication internationale pour plusieurs années. Après consultation d'experts désignés par l'association, réunions de groupes de travail et revue des données actuelles, l'APA a proposé des révisions, dans plusieurs phases successives de consultations et discussions [1]. L'association affirme que les révisions sont guidées par « *l'utilité clinique* », les « *preuves scientifiques* », cherchent autant que possible à assurer la « *continuité avec l'édition précédente* » sans pour autant se contraindre à la suivre « *là où l'organisation ou les critères étaient problématiques* ». Les exigences de la clinique et de la recherche ne sont pas toujours les mêmes dans un tel processus, à tel point qu'on pourrait se demander s'il ne serait pas préférable d'utiliser une classification pour la clinique (regroupant les patients selon la probabilité de besoins communs) et une pour la recherche (regroupant les patients selon la probabilité d'une origine commune). Pourtant, une telle dissociation compliquerait considérablement le transfert des connaissances scientifiques. Ces conséquences ne feraient que s'ajouter aux coûts inévitables d'un tel changement, à la fois pour la clinique et la recherche. Du côté de la recherche, comment assurer la continuité et interpréter des travaux effectués avec une définition obsolète ? Du côté de la clinique, il faudra, partout où la nouvelle version va être utilisée, développer de nouveaux outils de diagnostic, former les professionnels.

### L'autisme version DSM-5.0

Parmi les changements prévus avec l'arrivée du DSM-5<sup>2</sup>, plusieurs concernent l'autisme [2]. On note d'abord la disparition du terme de TED (troubles envahissants du développement) et l'insertion du terme de TSA (troubles du spectre de l'autisme), déjà largement utilisé en pratique. Alors que le groupe des TED comprenait cinq diagnostics différents, TSA serait un seul diagnostic. La disparition annoncée du syndrome d'Asperger soulève des protestations. Entré dans le DSM en 1994, le syndrome d'Asperger désignait en pratique, parmi les personnes du spectre autistique, celles qui n'ont ni atteinte du langage, ni déficience intellectuelle. Ces « aspi » sont-ils vraiment un groupe distinct de l'autisme ? Sur le plan génétique, l'hérédité plaide pour des origines communes entre autisme et syndrome d'Asperger. En cognition, même si certaines études ont rapporté un plus fort niveau de fonctionnement intellectuel verbal chez les personnes avec syndrome d'Asperger que chez les personnes avec autisme, la recherche ne permet pas de conclure sur les rapports entre syndrome d'Asperger et autisme. Ensuite, le devenir des enfants avec syndrome d'Asperger semble similaire à celui d'enfants avec un diagnostic d'autisme ayant ensuite développé un langage. Enfin, leurs besoins sont très variables et ne sont pas systémati-

<sup>2</sup> <http://www.dsm5.org/about/Pages/faq.aspx#12>

quement différents de ceux des personnes autistes de même niveau de fonctionnement. La prise en compte plus individuelle des besoins ne nécessite pas forcément la multiplicité des qualificatifs diagnostiques : la mention de la sévérité des atteintes dans les différents domaines, proposée dans le DSM-5, pourrait être une réponse pertinente sur ce point. Dans ce contexte, le syndrome d'Asperger semble décrire une partie du spectre autistique, plutôt qu'un trouble distinct.

Il est toutefois possible que des différences ne soient pas apparues dans les études à cause de la définition inutilisable du syndrome d'Asperger dans le DSM-IV. À l'aune du DSM-IV, en effet, plusieurs des patients décrits par Hans Asperger... n'auraient pas un syndrome d'Asperger, mais un autisme ! Puisque le DSM-IV n'a pas su saisir la particularité de cette description, une option aurait été d'améliorer cette définition. La disparition annoncée du syndrome d'Asperger a un impact affectif clair dans la communauté des personnes concernées et il est possible que le nom d'Asperger reste longtemps associé à l'autisme avec langage et fonctionnement intellectuels préservés [3]. Dans l'éternel match entre les « agrégeurs » qui ont tendance à regrouper autant que possible les troubles qui se ressemblent et les « séparateurs », adeptes des classifications à ramifications multiples, les agrégeurs remportent la manche du DSM-5. La compréhension des points communs au spectre y gagne, mais il faudra trouver d'autres outils pour penser l'hétérogénéité au sein du spectre de l'autisme.

Il se pourrait par ailleurs que la population définie avec le DSM-5 soit différente de celle définie avec le DSM-IV (voir encadré).

### Une classification qui identifie moins de personnes atteintes ?

La possibilité de perte de diagnostic a récemment fait l'objet d'un débat : en appliquant les critères proposés pour le DSM-5 sur plusieurs centaines de dossiers, des chercheurs de l'université de Yale ont rapporté des conséquences importantes [4] : tandis que peu d'enfants non diagnostiqués avec le DSM-IV se voyaient attribuer un diagnostic avec les nouveaux critères, seulement 60 % de ceux qui avaient un diagnostic avec le DSM-IV le conservaient.

Ainsi, le seuil diagnostique du DSM-5 semblait beaucoup plus exigeant. Les individus avec un diagnostic de trouble autistique selon le DSM-IV conservaient davantage leur diagnostic que ceux avec un diagnostic de syndrome d'Asperger ou de TEDns. Le groupe de travail du DSM-5 a aussitôt critiqué la méthode de l'étude, notamment la pertinence du groupe étudié et l'interprétation des critères, en l'absence d'outil développé pour les appliquer. Enfin, les auteurs de l'étude n'ont pas évalué les diagnostics alternatifs, en particulier pour les individus qui « perdraient » le diagnostic de TED. En effet, le DSM-5 voit notamment la naissance d'un « trouble de la communication sociale », exclusif du TSA, qui pourrait correspondre à une partie du groupe ayant actuellement un diagnostic de TED.

Il se pourrait donc que la population définie avec le DSM-5 soit différente de celle définie avec le DSM-IV.

Notons que, même si elle était confirmée, cette discontinuité ne refléterait pas forcément la mauvaise qualité de la nouvelle approche, mais constituerait une nouvelle tendance : à l'inflation de prévalence associée à la surinclusion du DSM-IV, aux substitutions diagnostiques en faveur du TED, succéderait le mouvement inverse ? Dans un tel cas, il ne faudrait pas négliger l'impact du changement sur le système : alléger la charge sur le système en réduisant le surdiagnostic serait bénéfique, mais priver de services des individus avec des atteintes n'atteignant pas les seuils pour le diagnostic pourrait se révéler dans certains cas dramatique.

Il est probable que dans la pratique, les conséquences n'apparaîtront que progressivement : en effet, on peut supposer que l'influence de l'ancienne classification restera sensible longtemps après son remplacement, en particulier chez les cliniciens déjà expérimentés. Un changement de classification n'est ainsi complètement appliqué que par les nouveaux cliniciens qui sont formés sur les nouveaux critères et leur utilisation.

## Conclusion

Une classification est une structure cognitive établie en fonction d'un but. Concernant les troubles mentaux (ou quel que soit le nom qu'on veuille donner aux situations qui conduisent à consulter un psychiatre), le but est de permettre aux psychiatres de relier au mieux des situations particulières à des populations pertinentes, en fonction de l'état des connaissances. Le DSM, classification de l'association américaine de psychiatrie, a une place majeure dans l'élaboration des connaissances actuelles en psychiatrie et est de ce fait incontournable. Nous avons tenté d'expliquer le contexte, les changements apportés et leurs conséquences dans le champ de l'autisme. Il

apparaît que la classification des maladies mentales a des implications qui vont bien au-delà du cabinet médical, en particulier sur les possibilités offertes aux personnes atteintes. Dans ce contexte, on comprend l'inquiétude des usagers à la perspective de voir les frontières entre TSA et autres troubles se déplacer. Pour beaucoup de familles et de personnes concernées, le risque est énorme. Pour répondre à cette inquiétude, les autorités doivent faire évoluer l'attribution des supports, non en fonction de l'inclusion dans un groupe diagnostique plus ou moins avantageux, mais en fonction des besoins, évalués de façon individuelle. ■

### Références

- [1] Swedo SE, Baird G, Cook EH Jr, Happé FG, Harris JC, Kaufmann WE, King BH, Lord CE, Piven J, Rogers SJ, Spence SJ, Wetherby A, Wright HH. "Commentary from the DSM-5 Workgroup on Neurodevelopmental Disorders". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Apr ;51(4) :347-9.
- [2] "DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Apr ;51(4) :368-83. Epub 2012 Mar 14.
- [3] <http://www.nytimes.com/2012/02/01/opinion/i-had-asperger-syndrome-briefly.html>
- [4] McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR. "Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder"



### Autisme, le jour se lève pour les approches scientifiques

Dossier complet dans *Science et pseudo-sciences* n°300 (avril 2012). Au sommaire :

La Haute Autorité de Santé prend position sur les traitements de l'autisme (Bertrand Jordan) / Autisme et psychanalyse : de bons et de moins bons arguments (Franck Ramus) / Psychologues, psychiatres, psychothérapeutes : les différents intervenants (Brigitte Axelrad) / Les approches scientifiques de l'accompagnement thérapeutique (Maria Pilar Gattegno) / Des psychomotriciens dans le packing et la « pataugeoire-thérapie » (James Rivière) / Des explications charlatanesques (Bertrand Jordan) / L'autisme, un trouble de la cognition sociale ? (Baudouin Forgeot d'Arc) / Autisme : la maman est acquittée... (Gilbert Lelord).

*Vers le DSM-5*

## La classification des troubles de la personnalité

*Jean Cottraux*

Jean Cottraux est psychiatre honoraire des Hôpitaux, titulaire d'une habilitation à la Direction de Recherche, ancien chargé de cours à l'Université Lyon 1. Il est également Directeur scientifique de l'Institut Francophone de FORMation et de Recherche en THérapie Comportementale et Cognitive (Ifforthecc). Jean Cottraux est l'auteur de nombreux ouvrages, dont *Les psychothérapies comportementales et cognitives* (Masson, 2011) et *Psychologie positive et bien être au travail* (Elsevier Masson, 2012)



La personnalité se définit comme l'intégration stable et individualisée d'un ensemble de comportements, d'émotions et de cognitions, fondée sur des modes de réactions à l'environnement qui caractérisent chaque individu (Cottraux et Blackburn, 2005). C'est notre signature comportementale qui fait dire aux autres : « c'est bien vous ! ». La personnalité inclut à la fois le tempérament d'origine génétique et le caractère qui résulte des apprentissages et des événements de vie de chacun.

Les psychologues représentent la personnalité sous la forme de traits qui vont de la normalité à la pathologie : c'est ce que fait le modèle à cinq facteurs OCEAN : Ouverture, Contrainte, Extraversion, Agréabilité, Neuroticisme (affect négatif).

Les psychiatres ont isolé des types de personnalité : ce que fait, en particulier, le DSM-IV détaillé plus loin. Quant aux psychothérapeutes, ils décrivent les troubles de la personnalité en termes de processus cognitifs, émotionnels et comportementaux qui sous-tendent et maintiennent la répétition de scénarios de vie par lesquels le patient se met lui-même en échec (Cottraux, 2001). Ces trois approches sont compatibles entre elles car elles décrivent les troubles de la personnalité selon des angles différents. Une bonne classification a pour tâche de concilier ces points de vue en ne retenant ce qui est démontré par la recherche clinique.

L'axe II du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM pour *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) s'efforce de sortir le trouble de personnalité des stéréotypes sociaux du « bon et mauvais caractère », mais sa classification demeure un fait de culture plus que de nature car elle repose sur un consensus d'experts. Le passage à partir de 2013 du DSM-IV au DSM-5 a donné lieu à de nombreuses publications scientifiques contradictoires (Regier et al. 2011).

## Les troubles de la personnalité selon le DSM-IV

Le DSM-IV, en place depuis 1996, propose six critères d'ensemble pour classer les troubles de la personnalité et distingue ensuite dix troubles classés en trois-sous-catégories (voir encadré).

Une étude de l'OMS effectuée sur treize pays (Huang et al., 2009) qui utilisait les critères du DSM-IV, a montré, sur les 21 162 personnes étudiées avec un inventaire de personnalité, que 6,1 % de la population mondiale pourraient présenter un trouble de la personnalité.

### Les troubles de la personnalité selon le DSM-IV (1996)

#### Six critères d'ensemble

Critère A. Les traits représentent une déviation importante par rapport à ce que la culture à laquelle appartient l'individu attend de lui et ils se manifestent dans au moins deux des quatre domaines suivants : cognition, affectivité, relations interpersonnelles, ou contrôle des impulsions.

Critère B. Les traits de personnalité doivent être rigides et se manifester dans de très nombreuses situations.

Critère C. Ils conduisent à une détresse des perturbations dans les relations sociales et professionnelles.

Critère D. Le *pattern* est stable et peut être retracé depuis l'adolescence, ou le début de l'âge adulte.

Critère E. Ils ne doivent pas résulter d'un autre trouble psychiatrique.

Critère F. Ils ne résultent pas d'un état de dépendance (addiction), d'un abus de substance ou d'une maladie médicale.

#### Dix types de troubles de la personnalité

Ces dix types sont classés en trois sous-catégories et une catégorie résiduelle : le trouble de personnalité non spécifié.

Groupe A : Distant (excentrique, bizarre)

1. La personnalité paranoïaque : méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes.

2. La personnalité schizoïde : détachement des relations sociales et restriction de la variété des expressions émotionnelles.

3. La personnalité schizotypique : gêne aiguë dans les relations proches, distorsions cognitives et perceptuelles et conduites excentriques.

Groupe B : Impulsif (dramatique, émotionnel).

4. La personnalité antisociale : mépris et transgression des droits d'autrui.

5. La personnalité borderline : impulsivité marquée et instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects.

6. La personnalité histrionique : réponses émotionnelles excessives et quête d'attention.

7. La personnalité narcissique : fantasmes ou comportements grandioses, besoin d'être admiré et manque d'empathie.

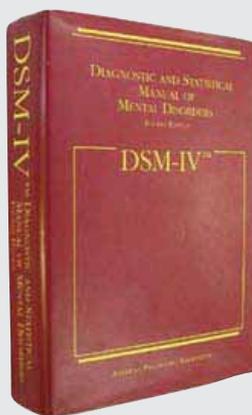
Groupe C : Anxieux et peureux.

8. La personnalité évitante : inhibition sociale, sentiments de ne pas être à la hauteur et hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.

9. La personnalité dépendante : comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge.

10. La personnalité obsessionnelle compulsive : préoccupation de l'ordre, de la perfection et du contrôle.

Le trouble de personnalité non spécifié correspond à plusieurs traits subliminaires de différents types ou à un type qui n'appartient pas aux dix types ci-dessus : par exemple la personnalité passive agressive ou la personnalité dépressive.



## Les évolutions proposées pour le DSM-5

L'enjeu était de limiter le nombre de troubles de personnalité et surtout de définir des dimensions de personnalité, sans enfermer comme le faisait le DSM-IV les patients dans une dizaine de « cases » contestables. En particulier, une onzième case : « trouble de personnalité non spécifié » se trouvait être la plus utilisée dans certaines études ce qui mettait en doute la pertinence de la classification établie par le DSM-IV.

De plus, la plupart des troubles de personnalité sont comorbides : en particulier la personnalité histrionique recoupe largement la personnalité borderline (Skodol et Bender, 2009).

### Propositions d'évolution du DSM-5 pour les troubles de la personnalité

#### De nouveaux critères

Ces nouveaux critères se substitueraient aux six précédents.

A. Altération du soi (identité et direction de soi) et du fonctionnement interpersonnel (empathie ou intimité).

B. Un trait pathologique ou plus, ou bien des facettes correspondant à des traits.

C. L'altération de la personnalité et l'expression des traits sont relativement stables dans le temps et constants à travers les situations.

D. L'altération de la personnalité et l'expression des traits ne sont pas mieux compris comme normaux en considérant le stade du développement ou le contexte socioculturel.

E. L'altération de la personnalité et l'expression des traits ne sont pas seulement dus à l'effet direct d'une substance (ex : addictions) ou à un état qui relève de la médecine générale (ex : traumatisme crânien).

#### Six troubles de personnalité

Seulement six troubles de la personnalité ont été conservés : antisocial, évitant, borderline, narcissique, obsessionnel-compulsif et schizotypique. Voir en exemple, dans l'encadré « Trouble narcissique de personnalité » avec les critères qui définissent ce trouble.

#### Échelle des niveaux de fonctionnement de la personnalité

Altération du soi (identité et direction de soi) et du fonctionnement interpersonnel (empathie ou intimité). Les cinq niveaux de sévérité : 0 = Pas d'al-

tération, 1 = Légère altération, 2 = Altération modérée, 3 = Sérieuse altération, 4 = Altération extrême.

#### Cinq traits et les vingt-cinq facettes

Évaluation : 0. peu, 1. légèrement, 2. modérément, 3. très descriptif.

#### Émotion négative

– Émotions labiles, angoisse, peur de la séparation, persévération, soumission, hostilité, tendances dépressives, suspicion, affectivité restreinte ou manque total de restriction affective.

#### Détachement

– Affectivité restreinte, tendances dépressives, suspicion, retrait, anhédonie (absence de capacité à ressentir du plaisir), évitement de l'intimité.

#### Antagonisme

– Manipulation, tromperie, grandiosité, recherche de l'attention, manque d'égards, hostilité.

#### Désinhibition/Compulsivité

– Irresponsabilité, impulsivité, distractibilité, prise de risques.

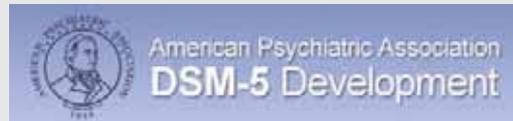
– À l'opposé conformisme rigide ou absence totale de conformisme.

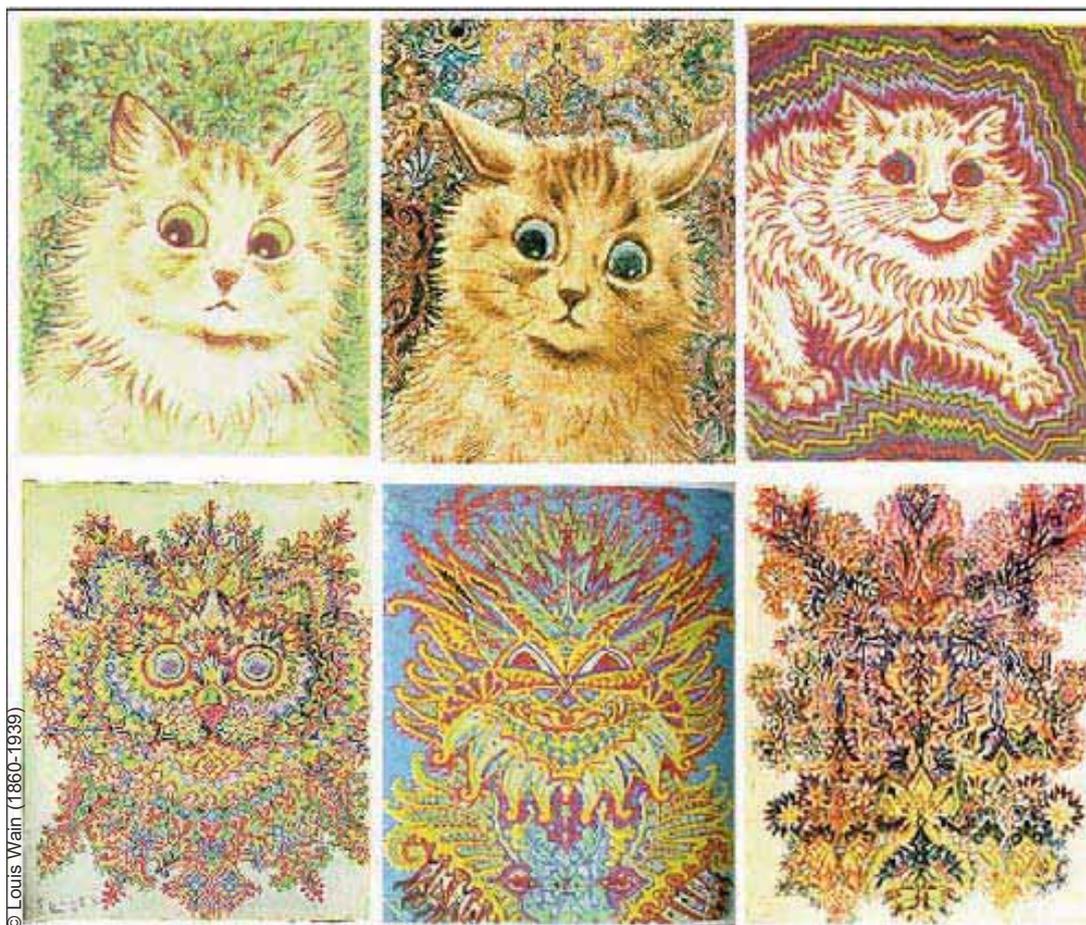
#### Psychoticisme

– Expériences et croyances bizarres.

– Excentricité.

– Dérégulation cognitive et perceptive.



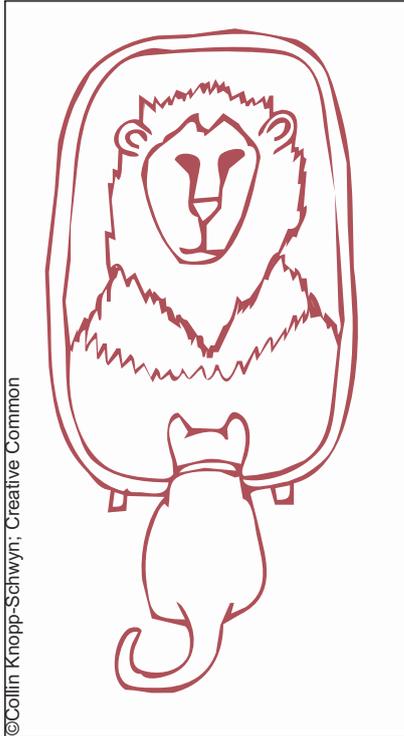


© Louis Wain (1860-1939)

Les tendances actuelles ont été publiées sur le site du DSM-5 en date du 21 juin 2012. Selon le DSM-5, un trouble de la personnalité correspond à une altération du fonctionnement du soi (self) et du fonctionnement interpersonnel et à la présence de traits pathologiques. Le diagnostic repose sur **six critères**, et seulement **six troubles** ont été conservés. **Cinq traits** (ou domaines) de personnalité et vingt-cinq facettes permettent d'assurer leur diagnostic. **Une échelle** permet de mesurer l'importance de l'altération du fonctionnement de la personnalité : l'échelle des niveaux de fonctionnement de la personnalité représentée dans le tableau (voir encadré).

Le trouble de personnalité narcissique qui avait été au début éliminé vient d'être rajouté au DSM-5 à la suite de discussions très serrées. Il aurait été dommageable de l'éliminer car les patients qui en sont porteurs viennent souvent consulter pour une dépression, après un échec personnel ou professionnel.

C'est parmi elles que se trouvent les personnes qui exercent le harcèlement moral sur les autres, les leaders pathologiques qui créent sans cesse des conflits de pouvoir au travail, car ils ont des idéaux exigeants et une haute opinion d'eux-mêmes. Ils font souvent souffrir les autres, même s'ils souffrent peu en dehors des épisodes de dépression où se révèlent leurs sentiments profonds de non-valeur et d'incompétence.



©Collin Knopp-Schwyn; Creative Common

### Références

American Psychiatric Association, *DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, trad. fr. de J.-D. Guelfi, Paris, Masson, 1996.

DSM-5 : <http://www.dsm5.org/proposedrevision/Pages/PersonalityDisorders.aspx>

Cottraux J et Blackburn IM : *Psychothérapie cognitive des troubles de la personnalité*, Masson, Paris, 2006.

Cottraux J, *La répétition des scénarios de vie*, Odile Jacob, Paris, 2001.

Huang Y, Kotov R, de Girolamo G, Preti, Angermeyer A M,, Benjet C, Demyttenaere K, de Graaf R, Gureje O, R Nasser Karam A, Lee S, Lépine JP, Matschinger H, Posada-Villa J, Suliman S, Vilagut G, Kessler RC : « DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys » ; *The British Journal of Psychiatry*, 2009, 195, 46-53.

Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer D : The conceptual evolution of DSM-5, *American Psychiatric Association*, Washington DC, 2011.

Skodol AE, Bender DS :The Future of Personality Disorders in DSM-V? *American Journal of Psychiatry* 2009 ;166 :388-391.

## Comment établir le diagnostic ?

L'approche standard proposée par le DSM-5 suit les étapes suivantes :

1. Est-ce qu'il existe une altération du soi et des relations interpersonnelles ou non ?
2. Si oui, évaluer le niveau d'altération du soi (identité ou direction de soi) et des relations interpersonnelles (empathie ou intimité) avec l'échelle des niveaux de fonctionnement de la personnalité.
3. Est-ce qu'un des six types de trouble de la personnalité est présent ?
4. Si oui, enregistrer ce type et la sévérité de l'altération.
5. Si non, est-ce qu'un trait spécifique est présent parmi les cinq traits ?
6. Si oui, enregistrer le domaine du trait et le niveau d'altération. La présence d'un ou plusieurs traits spécifiés remplace la catégorie : trouble de personnalité non spécifié du DSM-IV. Le nouveau nom pour cette catégorie est : trouble de personnalité avec un trait spécifié (en anglais PDTS, en français TPTS).
7. Si l'un des six troubles de personnalité est présent enregistrer les différentes facettes que comportent le ou les traits pathologiques.
8. S'il n'y a ni un des six troubles, ni un trouble de personnalité avec un trait spécifié : évaluer les domaines et les facettes de personnalité si cette démarche apparaît utile pour comprendre le cas.

## Conclusion

Le DSM-5 représente un tournant radical car il réduit le nombre de troubles de la personnalité de dix à six et propose, en plus de ces six types, une approche dimensionnelle. Cette nouvelle classification est en train d'être testée sur le terrain. Mais on peut déjà observer qu'elle n'est pas simple, et sera très exigeante pour le clinicien. ■

Dossier coordonné par Brigitte Axelrad

## Abonnement et adhésion

### Adhésion à l'Association Française pour l'Information Scientifique

Cotisation pour l'année .....21 €

### Abonnement à la revue *Science et pseudo-sciences (SPS)*

France. 5 numéros .....25 €

France. 10 numéros .....50 €

Étranger. 5 numéros .....30 €

Étranger. 10 numéros .....60 €

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

Mail : ..... Profession : .....

### Faites des cadeaux à demi-tarif !

J'offre ..... abonnements à 5 numéros, à 12,5 € chacun

J'offre ..... abonnements à 10 numéros, à 25 € chacun

Destinataires du ou des cadeaux :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse complète : .....

(début de l'abonnement au prochain numéro).

**Total : .....€**

Abonnements et adhésions en ligne :

<http://www.pseudo-sciences.org/boutique.html>

Chèque à l'ordre de l'AFIS (uniquement en France) ou virement IBAN : FR 65 2004 100001  
2100000P020 50. BIC : PSSTFRPPPAR. N° de compte : 20041 / 00001 / 2100000P020

AFIS, 14 rue de l'École Polytechnique, 75005 PARIS  
service.abonnement@pseudo-sciences.org

## SCIENCE...

### & pseudo-sciences

L'Association Française pour l'Information Scientifique (créée en 1968) se donne pour but de promouvoir la science contre ceux qui nient ses valeurs culturelles, la détournent vers des œuvres malfaisantes ou encore usent de son nom pour couvrir des entreprises charlatanesques. La science ne peut résoudre à elle seule les problèmes qui se posent à l'Humanité, mais on ne peut les résoudre sans faire appel à la méthode scientifique. Les citoyens doivent être informés des progrès scientifiques et techniques et des questions qu'ils soulèvent, dans une forme accessible à tous et sans tenir compte de la pression des intérêts privés. Ils doivent être mis en garde contre les fausses sciences et ceux qui dans les médias leur prêtent la main par intérêt personnel ou mercantile.

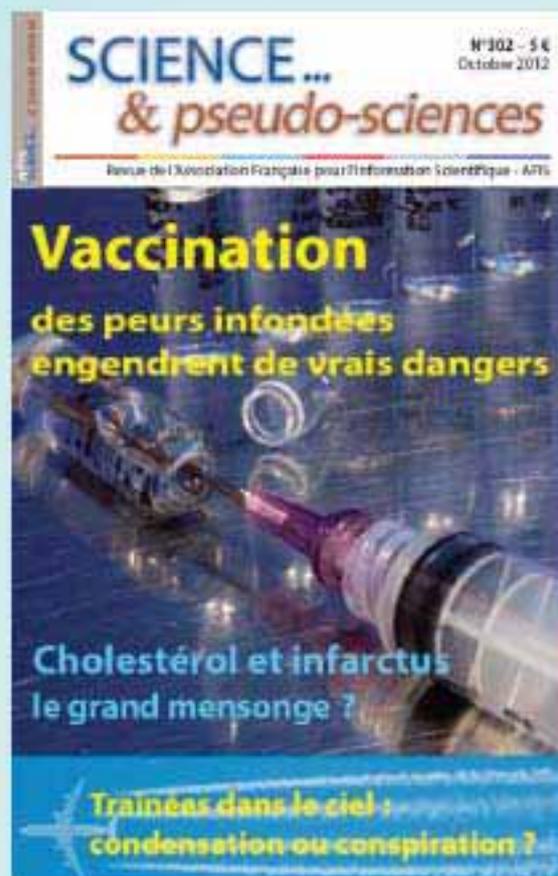
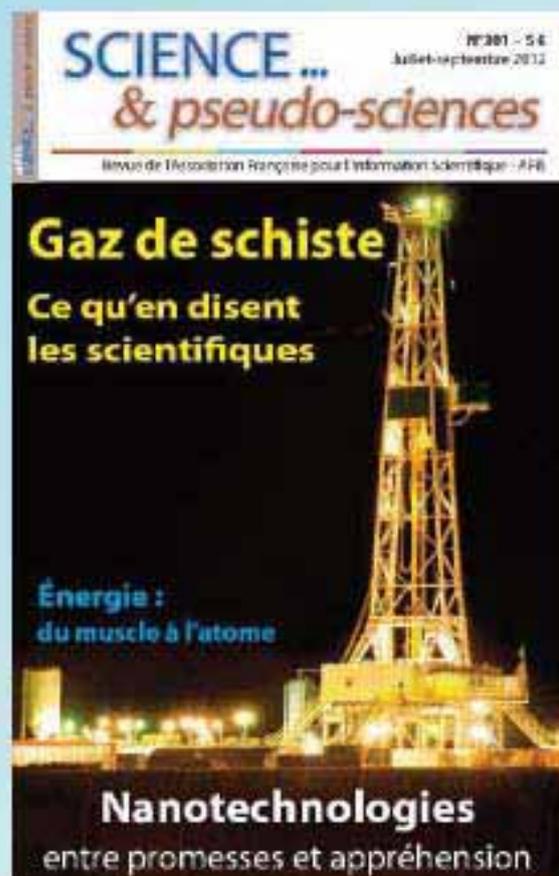
Au travers de sa revue Science et pseudo-sciences, elle veut :

- retenir, dans l'actualité scientifique et technique, un certain nombre de faits pour en considérer d'abord la signification humaine ;
- diffuser une information scientifique constituée de nouvelles d'actualité dans toutes les branches de la recherche, dans un langage accessible à tous ;
- dénoncer sans réserve les marchands de fausses ou de pseudo-sciences (astrologie, soucoupes volantes, sectes, « paranormal », médecines fantaisistes) et les charlatans malfaisants pourvoyeurs de l'irrationnel ;
- défendre l'esprit scientifique contre la menace d'un nouvel obscurantisme.

Elle se veut indépendante des groupes de pression afin d'éviter toute concession au sensationnalisme, à la désinformation et à la complaisance pour l'irrationnel.

*Les articles signés n'engagent pas nécessairement le point de vue de la rédaction*

<http://www.pseudo-sciences.org/>



# Sommaire

du n° 303

---

<b>Éditorial</b> .....	1
<b>Du côté de la science</b> .....	2
<b>De mauvais arguments contre le sexisme desservent la science</b> <i>(Nicolas Gauvrit)</i> .....	14
<b>Dossier. La santé mentale est-elle évaluable ?</b> .....	18
La souffrance psychique est bel et bien évaluable et mesurable <i>(Franck Ramus)</i> ....	19
Utilité et dangers des catégorisations psychopathologiques <i>(Jacques Van Rillaer)</i> .....	26
Classifications internationales des troubles mentaux : vraies limites et faux problèmes <i>(Franck Ramus)</i> .....	32
L'autisme d'un DSM à l'autre <i>(Baudouin Forgeot d'Arc)</i> .....	39
Vers le DSM-5 : la classification des troubles de la personnalité <i>(Jean Cottraux)</i> .....	45
<b>« L'étude choc » sur les OGM</b> .....	50
Le paradoxe Séralini <i>(Michel de Pracontal)</i> .....	51
Interdire les OGM relève de la politique <i>(Marc Lavielle)</i> .....	56
<b>Internet et les croyances</b> <i>(Gérald Bronner)</i> .....	59
<b>Les cristaux : des pierres magiques aux vertus thérapeutiques ?</b> <i>(Jacques Bolard)</i> .....	64
<b>Hommage à Paul Kurtz</b> .....	70
<b>Un monde fou, fou, fou . . .</b> <i>(Brigitte Axelrad)</i> .....	72
<b>Livres et revues</b> .....	78
<b>Dialogue avec nos lecteurs</b> .....	90
<b>Débat : L'incantation est-elle une stratégie efficace ?</b> <i>(l'opinion d'Alain Blicek)</i> ...	93

FRANCE : 5€ - BELGIQUE : 5,30 €

L 16571 - 303 - F: 5,00 € - RD

