

CHRONIQUE

LA RÉCEPTION CRITIQUE DU DSM-5 : UN UNIVERS TOUT AUTANT SOCIAL QUE MÉDICAL

THE CRITICAL RECEPTION OF DSM-5 : AN OVERVIEW OF ITS SOCIAL AND MEDICAL ASPECTS

INTRODUCTION

La parution récente (mai 2013) de la cinquième version du manuel américain de diagnostics psychiatriques (DSM-5) a suscité de nombreux commentaires, débats et pétitions sur les différentes tribunes publiques. Ce faisceau de critiques s'est déployé tant à partir des milieux professionnels (provenant plus spécifiquement de la psychiatrie ou plus largement des milieux de pratique en santé mentale), des sciences sociales, des sphères médiatiques ou du grand public. Dès avant la publication du manuel en mai 2013, diverses critiques se sont emparées du processus de révision et de ses retombées potentielles. Elles recourent en partie celles qui ont succédé à sa publication, notamment en ce qui a trait à sa validité et au thème général de la médicalisation. Dans cette perspective, le DSM-5, par le seul fait de sa sortie et des changements qu'il propose, irait dans le sens d'une médicalisation accrue, puisque ses nouvelles configurations internes (disparition des axes et transformation des critères de diagnostic) permettraient d'inclure un nombre toujours croissant de personnes « normales » dans le giron des « malades mentaux ». Les années précédant la sortie du DSM-5 furent notamment ponctuées par l'engagement marqué du psychiatre américain Allen Frances, qui avait d'ailleurs été chargé d'élaborer la version précédente du manuel (DSM-IV), contre le nouveau manuel. Dans sa série de billets électroniques « DSM-5 in Distress », Frances s'est penché sur les éléments qu'il jugeait problématiques quant à la forme, au contenu et à la méthode de développement du DSM-5. Sa réaction sinistre lorsque le manuel reçut son approbation finale résume bien le degré auquel il s'y oppose :

C'est le jour le plus triste de ma carrière de 45 ans d'étude, de pratique et d'enseignement de la psychiatrie. Le conseil d'administration de l'American Psychiatric Association a donné son approbation finale au DSM-5 malgré le fait que ce manuel contient plusieurs éléments qui semblent effectivement dangereux et douteux sur le plan scientifique (Frances, 2012a, site Internet).

Dans son ouvrage, *Saving Normal* (Frances, 2013a), qui a eu des retombées médiatiques importantes, tant dans l'univers académique que chez les praticiens de la santé mentale, il dénonce notamment l'inflation diagnostique et la collusion des collaborateurs du DSM avec l'industrie

pharmaceutique. Dans un entretien, Gary Greenberg, autre opposant au manuel, ira jusqu'à dire que : « il n'y a aucune définition du trouble de santé mentale. C'est de la merde » (Rowland, 2013, site Internet). Cette critique de Frances va d'ailleurs dans le sens du Comité international de réaction au DSM-5, qui a été mis sur pied après que l'Association américaine de psychiatrie (l'APA) et le « DSM-5 Task Force » eurent décidé de publier le fameux manuel en dépit de ces nombreuses critiques. Le but de ce comité était de promouvoir une prise de conscience collective auprès des médias, cliniciens, chercheurs, agences et planificateurs en matière de santé des problèmes de fiabilité et de validité du DSM-5 et d'alerter l'opinion publique des « risques » de ce manuel. Dans ce même ordre d'idées, la prise de distance du National Institute for Mental Health (NIMH) envers le nouveau manuel ne passa pas non plus inaperçue. À l'aube de la publication du DSM-5, le directeur de l'Institut, Thomas Insel, a annoncé que l'organisation poursuivrait désormais de nouvelles avenues de recherche : « nous ne pouvons réussir si nous utilisons les catégories du DSM en tant qu'étalon d'or » (Insel, 2013, site Internet). Selon lui, le manque de validité empirique et de scientificité du DSM ne permet pas au NIMH de desservir adéquatement la population aux prises avec des troubles de santé mentale, et les connaissances pouvant être générées à partir du système de classification du DSM lui paraissent insuffisantes. La dissidence de Frances et du NIMH, qui occupaient autrefois une position clé au sein de l'« entreprise » du DSM, témoigne de l'ampleur de la controverse suscitée par ce manuel.

Si on peut aisément comprendre qu'un manuel qui occupe une place aussi centrale dans le champ de la santé mentale suscite de telles critiques, on peut s'interroger sur l'intérêt des médias et du public général pour un manuel qui, comme l'indique le titre, renvoie à un type spécifique d'usages (diagnostic et statistiques). En effet, l'avènement du DSM-5 s'est vu transformé en un véritable événement médiatique et social, les agences de presses telles la BBC, CNN, ou des journaux comme le New York Times n'hésitant pas à qualifier le DSM de « bible » des psychiatres. Toutefois, l'intérêt du public pour cette nouvelle édition du manuel, loin d'être uniquement le résultat de son traitement médiatique, renvoie aussi au fait qu'il se trouve tout spécialement concerné : c'est *sur* lui que s'appliqueront les diagnostics. En ce sens, la division entre le professionnel et le profane, bien qu'elle permette de distinguer deux registres de critiques et de commentaires, possède une limite certaine : si le psychiatre est celui à qui revient l'exercice de diagnostic, le public, en tant qu'utilisateur et patient potentiel ou avéré, est aujourd'hui reconnu comme un expert de sa condition (Prior, 2003), et dans cet esprit, comme « interlocuteur » légitime. C'est ce que semble par ailleurs reconnaître l'A.P.A, si l'on s'en tient à la volonté affichée par l'organisme de rendre le processus de révision le plus transparent possible (Adam, 2012).

À l'inverse, il importe de le noter, la distinction entre le psychiatre et le profane supposerait que l'exercice du premier soit indépendant de toute référence au monde social « ordinaire ». Or la discipline psychiatrique, tout comme l'univers de la santé mentale, possède certes une *épistémè* qui lui est propre, irréductible au sens commun ou encore à d'autres logiques disciplinaires. Mais comme l'ont relevé nombre de critiques du DSM, malgré toute la volonté affichée par les différentes versions du manuel depuis 1980 d'être a-théorique et d'être le plus scientifique (i.e. valide) possible, la révision du DSM demeure toujours un exercice traversé par des considérations politiques et idéologiques qui dépassent largement les préoccupations médicales (Kirk & Hutchins, 1998). En effet, le manuel, tout comme la place occupée plus généralement par la psychiatrie et les autres disciplines du « mental », interpellent aujourd'hui toutes les institutions, que ce soit le travail, la famille ou l'école et mobilise une foule d'acteurs professionnels : travailleurs sociaux, éducateurs, psychologues, médecins, gestionnaires, etc. Les disciplines du « social » s'intéressent donc de près à cet univers. Si comme le soutient Adam, « le manuel constitue un observatoire passionnant pour les sciences sociales » dans la mesure où il « représente un nœud où s'intriquent de multiples dimensions : politiques, sociologiques, économiques, éthiques, psychologiques » (2012 : 140), on peut penser qu'il en va de même de sa réception. C'est dans cet esprit que nous entendons, dans cet article, revenir sur certains grands axes des critiques adressées à la cinquième version du DSM. La catégorisation proposée se veut avant tout heuristique. Dans cette optique, nous avons relevé, à partir d'une série non exhaustive d'articles scientifiques, professionnels et éditoriaux, les points principaux de dissidence quant au DSM-5 dans la foulée de sa publication en mai dernier. L'objectif étant ici de rendre saillants les grands axes des critiques relatives au manuel, qui est souvent qualifié de « bible » du domaine psychiatrique.

Nous avons dégagé quatre grandes thématiques transversales. 1) la médicalisation de la déviance. Cette critique renvoie à la codification psychiatrique de certains phénomènes sociaux perçus comme dérangeants ou problématique, touchant la population en général ou des groupes plus spécifiques d'individus; 2) le caractère réducteur de la psychiatrie face aux représentations humanistes de la subjectivité, notamment en ce qui a trait à la prise en compte de la souffrance; 3) la surclassification et la surmédication, qui s'illustrent dans la critique de la croissance exponentielle des diagnostics et de la prescription d'usage des « médicaments de l'esprit »; 4) La perte ou l'absence du caractère scientifique du manuel, principalement en ce qui a trait à la validité interne et la légitimité externe de la psychiatrie¹. Après avoir détaillé ces grands axes de la critique entourant le DSM-5, nous

1. Il est à noter que cette typologie n'est pas mutuellement exclusive; certaines critiques peuvent ainsi toucher à plusieurs thématiques à la fois.

discuterons de ces critiques en les mettant en résonance avec certaines dynamiques sociologiques qui les informent. Nous avançons l'idée que ces critiques tendent, hier comme aujourd'hui, à adopter deux grandes tendances qui révèlent des inquiétudes sociales plus larges que le strict univers du mental pathologique.

ENTRE MÉFIANCE ET DÉSACRALISATION : LA CRITIQUE DU DSM-5

Médicalisation et contrôle social de la déviance

La médicalisation des comportements définis ou perçus comme socialement problématiques figure au premier rang des critiques du DSM-5. Sous cet angle, les débats portent sur la pertinence d'une codification par la psychiatrie de comportements et de conduites dont le caractère ou la nature problématique – pour l'individu comme pour la société – relèverait davantage du social que du mental. L'introduction de trois grands volets diagnostics semble avoir particulièrement porté à polémique. Des inquiétudes ont notamment été soulevées quant à l'ajout d'une série de troubles qui auraient pour effet de médicaliser les « enfants à problèmes ». Pour les plus critiques, ces nouveaux troubles relèveraient d'une « fabrique des enfants anormaux » (Favereau, 2013, site Internet) où le moindre écart à la norme (i.e. sociale) ferait l'objet d'une « sanction » médicale. Par exemple, l'inclusion du trouble de dérégulation d'humeur dite explosive n'est pas sans rappeler la controverse soulevée par un rapport de l'INSERM portant sur les troubles de conduites juvéniles, où ceux-ci étaient définis à partir de l'idée d'« atteinte aux droits d'autrui et aux normes sociales¹ » (Expertise collective, 2005, p. ix). Les critères du trouble de dérégulation de l'humeur dite explosive que l'on retrouve dans le DSM-5 semblent renvoyer à cette définition. Cette catégorie diagnostique vise les enfants sujets à des accès de colère à raison de plus de trois fois par semaine. L'APA a ajouté ce diagnostic dans le but de contrer le risque de sur-diagnostiquer le trouble bipolaire chez les enfants (APA, 2013, p. 4). Les critiques du DSM demeurent cependant sceptiques à ce sujet. Selon eux, ce nouveau diagnostic s'ajoute à un arsenal déjà établi de médicalisation des comportements déviants de l'enfance et qui inclut notamment le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H). L'enjeu est d'autant plus important quand on considère que dans la majorité des cas, le traitement de ces troubles suppose un recours à une molécule psychotrope. Pour prendre un exemple précédent l'introduction du DSM-5, la consommation de médicaments en lien avec le TDAH aurait augmenté aux États-Unis de 300 % durant la période allant de 1990 à 1995. (Leo, 2002 : p.52). Ainsi, dans la foulée de l'ajout de nouveaux troubles, le

1. Nous soulignons.

risque tiendrait aussi à une consommation accrue de psychotropes chez une population pour qui on ignore à long terme les effets.

La critique de la médicalisation de comportements socialement problématiques vise également certains processus biologiques perçus comme dérangeants *pour* ou *par* des populations spécifiques. C'est le cas notamment des femmes et des personnes âgées. Concernant le premier cas de figure, la variation extrême des symptômes ressentis avant les menstruations se retrouve désormais sous la catégorie des troubles d'humeur du DSM-5, par le biais du diagnostic de trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) (APA, 2013 : 4). Dans le DSM-IV, ce diagnostic avait été relégué à l'annexe du manuel, entre autres en raison du besoin d'effectuer des recherches et des essais cliniques plus significatifs. L'inclusion du TDPM dans le plus récent manuel s'appuierait sur un solide corpus d'études (APA, 2013 : 4). Pour certains, cela traduirait une reconnaissance de l'expérience singulière de la douleur/souffrance des femmes (Halbreich, Borenstein, Pearlstein & Kahn, 2003), tandis que d'autres voient dans ces mesures une nouvelle tentative de minimiser le vécu des femmes par la voie médicale. C'est le cas de Caplan (2008) et d'autres analystes féministes autant académiques que profanes (Côté, 2013; Ryan, 2013) qui s'opposent à la médicalisation de conditions associées aux femmes : « les femmes se sentent contraintes de répondre aux injonctions à la douceur associée à la construction sociale de la féminité. Elles apprennent à se pathologiser et à ignorer la source de leur souffrance » (Caplan, 2008, p. 2). À l'époque où le trouble figurait dans l'annexe du DSM-IV, l'initiative de « sensibilisation » des femmes au trouble dysphorique prémenstruel avec l'introduction du Sarafem sur le marché pharmaceutique dans les années 1990 fut également perçue comme une tentative de légitimation d'un trouble sans réels fondements scientifiques (Sarafem étant, en réalité, de la fluoxétine, soit la même molécule que le Prozac). De plus, il n'existe aucun consensus sur la définition et l'étiologie du syndrome prémenstruel (Halbreich *et al.*, 2003, p. 2) : De plus, il n'existe aucun consensus sur la définition et l'étiologie du syndrome prémenstruel, soit la condition que vient « coder » le trouble dysphorique prémenstruel (Halbreich *et al.*, 2003, p. 2). Le deuxième cas de figure de médicalisation de processus biologiques perçus comme « dérangeant » se rapporte aux pertes cognitives reliées à la vieillesse, qui se présentent dans le DSM-5 sous le diagnostic de perte neurocognitive légère (*mild neurocognitive disorder*). Ce diagnostic persiste malgré une remise en question de sa validité en tant qu'entité psychiatrique, le ralentissement cognitif étant généralement reconnu comme une conséquence dans le parcours normal de la vie. La ligne entre le normal et l'anormal se voit ainsi brouillée davantage.

Dans l'ensemble, ce premier axe de critiques du DSM-5 établit un lien entre d'une part, l'accroissement du nombre de troubles mentaux et d'autre part, un processus de pathologisation de comportements perçus comme déviants *par* rapport à la normativité sociale. Les critiques reprochent ainsi au DSM de codifier, à tort, certaines situations perçues comme étant problématiques à la lumière d'une logique médicale et nécessitant, dès lors, des interventions spécifiques à la psychiatrie, alors que ces situations relèveraient davantage de dynamiques sociales, supposant une action politique ou sociale. Selon eux, la médicalisation de certains comportements peut comporter des dangers pour des populations vues comme étant plus vulnérables (cf. enfants et personnes âgées). Toutefois, cette volonté de pathologiser le « socialement problématique » peut aussi avoir des effets pervers lorsque des comportements portant atteinte à autrui se voient transformés en entité nosographique. C'est ce que visent à dénoncer les critiques portant sur l'inclusion du « trouble de paraphilie coercitive », qui se retrouve actuellement en annexe du plus récent manuel et qui pourrait éventuellement médicaliser l'acte du viol. On s'inquiète notamment du fait que :

L'ajout du trouble de paraphilie coercitive dans le DSM-5 banaliserait la reconnaissance de la culture du viol. Les normes sociales et culturelles, ainsi que les valeurs concernant les femmes persistent, et le viol en tant que diagnostic psychiatrique déresponsabilise une société tolérante de la violence sexuelle et de l'exploitation des femmes. (Watson & Ancis, 2013, site Internet).

Pour des raisons portant davantage sur les effets potentiellement délétères d'un tel diagnostic sur la légitimité des sphères juridique et politique, Allen Frances (2013a) s'oppose à la reconnaissance d'un tel trouble, insistant sur le fait que le viol est un crime qui devrait être puni par la loi, et en aucun cas être traité comme un trouble de santé mentale (Frances, 2013a, p. 145).

La psychiatrie réductrice : pathologisation de l'existence et économies de la souffrance

Un deuxième axe de polémiques, parallèle à celui qui précède, tient à la tendance qu'aurait le manuel à confondre souffrance individuelle et troubles mentaux, ou, en d'autres mots, à réduire la première aux seconds. Ce type de critiques, bien qu'il soit semblable à celui qui précède, s'en distingue dans la mesure où il dénonce ce qui renverrait cette fois à la pathologisation du « normal » et de la souffrance « ordinaire », voire constitutive de l'homme. Alors qu'on reproche dans le premier cas au DSM et par extension, à l'APA, d'investir à tort le terrain du socialement problématique (de la déviance, du dérangement, etc.), l'argument vise surtout ici à dénoncer une « attaque envers le normal » pour paraphraser le titre de l'ouvrage de Frances. Plus d'uns ont ainsi reproché au DSM de

créer des catégories diagnostiques laminant les différentes dimensions sociales de la souffrance psychique de l'individualité ou, plus près des traditions humaniste ou psychanalytique, de la subjectivité. Parmi ceux-ci, la British Psychological Society (BPS) et la 32^e division de l'American Psychological Association ont fortement fait connaître leur opposition à la majorité des diagnostics proposés dans le DSM-5, en raison, justement, de leur caractère réducteur :

Il serait impératif de repenser la façon dont nous concevons la souffrance psychique, en commençant par reconnaître que cette souffrance se situe sur un continuum de l'expérience normale, et deuxièmement, qu'il a été prouvé que des facteurs psychosociaux tels la pauvreté, le chômage et les traumatismes peuvent précipiter la souffrance psychique (BPS, 2011, p. 3).

Dans son ouvrage *Saving Normal*, Frances (2013a) corrobore la position de la BPS et de la 32^e division de l'American Psychological Association :

La plupart des gens font preuve de résilience et retrouvent leur équilibre normal. Les troubles psychiatriques sont, en fait, des symptômes et des comportements qui ne se corrigent pas eux-mêmes – une rupture du processus de guérison qui relève des propriétés homéostatiques. L'inflation diagnostique se produit lorsque nous confondons des perturbations quotidiennes avec les troubles psychiatriques réels (Frances, 2013a, p. 74, traduction libre).

Ainsi, le fait de médicaliser des conditions qui, quoiqu'éprouvantes, relèvent néanmoins de l'expérience « normale » (pour reprendre le terme de Frances) ou ordinaire, serait hasardeux, en plus d'ajouter le poids du stigmate à l'épreuve vécue par individus. La plus grande controverse en lien avec cet axe renvoie au changement du regard clinique sur le deuil. Dans le DSM-IV, le deuil figurait en tant que critère d'exclusion pour le diagnostic de trouble dépressif majeur : les gens ayant subi la perte d'un être cher n'étaient donc pas diagnostiqués dans les deux mois suivant le décès. Désormais, quiconque ressent les mêmes sentiments – ou symptômes – durant plus de deux semaines pourrait recevoir un diagnostic de trouble dépressif majeur. Selon l'APA (2013), ces changements ont pour but de refléter les diverses réalités de l'expérience du deuil, qui peut durer jusqu'à deux ans. Pour l'association, il n'y a pas lieu de séparer l'incidence du deuil d'autres événements stressants pouvant précipiter un épisode dépressif lorsque le deuil est perçu comme problématique sur le plan de la santé mentale et du fonctionnement social. Même s'il est spécifié que les cliniciens doivent faire preuve de discernement face à un patient, les traitements sont semblables pour une dépression reliée à un deuil et pour un épisode dépressif majeur (APA, 2013, p. 5). L'explication est loin de convaincre les opposant à cette lecture du deuil : l'exclusion de

celui-ci dans le DSM-IV permettait de tenir à distance la médicalisation d'un événement de vie qui, bien que tragique et douloureux, constitue un phénomène normal, ordinaire, commun, de la vie humaine. Patrick Landman, psychiatre français à la tête du mouvement Stop-DSM, s'oppose véhémentement non seulement aux changements dans la prise en charge du deuil, mais aussi à toute l'entreprise du DSM :

Ce n'est pas une querelle d'experts. L'enjeu est de savoir si nous voulons une société qui "fabrique" des fous et étiquette comme maladies mentales certaines réactions normales comme la tristesse après un deuil (Bienvault, 2013, site Internet)

Cet axe critique a trouvé une nuance particulière à l'intérieur de la psychanalyse française. Interviewé par Favereau (2013, site Internet), le psychiatre français Bruno Falissard qualifie de « sémiologique » la définition et la prise en charge des troubles de santé mentale à « l'américaine », et de « phénoménologique, plus proche du vécu subjectif des patients » la clinique française. Dans cet esprit, en réduisant tout comportement à un ensemble de signes de détresse, le DSM encouragerait une « conception plate d'un individu capable de développer au mieux ses potentialités d'adaptabilité à une forme cotonneuse d'absence de souffrance psychique » (Douville, 2012, p. 254). De plus, la prolifération de diagnostics de la vie normale signerait l'éclipse d'une subjectivité appréhendée dans toutes ses dimensions. Lorsqu'il s'agit de s'interroger sur la médicalisation des comportements normaux, les propos des cliniciens d'inspiration psychanalyste ouvrent la voie sur des questionnements portant sur la place du sujet dans une initiative telle celle du DSM, tandis que les psychologues humanistes permettent de s'interroger sur la frontière entre le normal et le pathologique.

Surmédication et surclassification

Des critiques sont aussi soulevées quant à la question de la surmédication, qui semble évoluer en parallèle avec l'explosion des catégories diagnostiques : le passage de 95 diagnostics dans le DSM-I à près de 300 dans le DSM-5 n'est certes pas passé inaperçu. L'une des premières causes des critiques évoquées quant à cette « surclassification » du manuel reposerait sur les stratégies de transformations internes au manuel qui permettraient d'introduire de nouveaux diagnostics à prévalence élevée et d'abaisser les limites de ceux existants, en incluant un nombre toujours plus élevé de personnes « normales » dans le giron de la pathologie mentale. Ce qui fait dire notamment à Frances (2012) que sa plus grande crainte en ce qui concerne le DSM-5 est que :

Il augmentera dramatiquement la prévalence des troubles de santé mentale en rendant monnaie courante le diagnostic psychiatrique, en

réduisant de façon arbitraire et imprudente les seuils des anciens diagnostics et en introduisant de nouveaux troubles Ceci contribuera à la création de millions de nouveaux patients et mènera au recours à des traitements non nécessaires et potentiellement néfastes, à une stigmatisation accrue des individus diagnostiqués et à des dépenses inutiles de ressources qui se font déjà rares (Frances, 2012a, site Internet, traduction libre).

Ainsi, on dénonce entre autres le fait que depuis les 20 dernières années, le taux de croissance du trouble du déficit de l'attention a triplé, celui du trouble bipolaire doublé et, celui de l'autisme aurait augmenté de 20 fois (Bastra, Hadders-Algra, Nieweg, Van Tol, Pil, & Frances, 2012). À côté de la croissance de ces troubles à plus forte prévalence, on assista également, avant la parution du DSM-5, à un débat virulent sur la disparition potentielle du narcissisme, au sein des psychiatres. L'un des défenseurs les plus notoires de ce trouble, le psychiatre de l'université de Harvard John Gunderson, l'un de ceux ayant piloté la version précédente du DSM-IV, a fini par gagner partiellement sa bataille : si on ne prévoit pas finalement éradiquer entièrement le narcissisme de la cinquième version du manuel diagnostique, il change néanmoins de statut (comme pour les autres troubles de la personnalité), passant d'un trouble en soi, incarnant un « type de personnalité » (ou personnalité-type), c'est-à-dire un trouble conçu comme un archétype de personnalité pathologique (la personnalité narcissique), à celui de simple « trait de personnalité narcissique », étant présents (ou non) chez toute personne à des degrés divers (APA, 2011, site Internet). Plus largement, ce changement de statut irait dans le sens d'un changement d'approche sur laquelle était fondée l'ancienne version du DSM, passant d'une approche prototypique ou catégorielle, défendue par Gunderson, à une approche dimensionnelle.

Selon l'approche prototypique ou catégorielle (fondée sur le système des « axes »), il existe des personnalités spécifiques dont on peut dessiner le profil typique (même si cette approche autorise des variations individuelles). Selon l'approche dimensionnelle, sur laquelle est fondée le DSM-5, les troubles psychiatriques se distribuent selon des configurations trop nombreuses et entremêlées pour que l'on puisse établir clairement des profils univoques. L'approche dimensionnelle permettrait alors de décrire des palettes de personnalités plus larges et variées, via à la fois des échelles de sévérité, des variations individuelles plus fines par rapport à une norme donnée et des liens transversaux entre les pathologies. Or ce passage à l'approche dimensionnelle n'est pas sans créer des conflits au sein de la psychiatrie, créant même ce que l'on surnomme le grand « schisme » entre les psychiatres cliniciens et les chercheurs, tel que le mentionne un psychologue, Charles Zanol, qui a signé un article sur le sujet dans le New York Times (2010).

Mais ces stratégies de changements internes, qui permettraient selon plusieurs d'inclure un nombre croissant d'individus « normaux » dans le giron de la pathologie mentale, iraient également de pair avec les avancées dans l'industrie pharmaceutique. C'est ce que certains appellent l'ère du « *disease mongering* » (Moynihan, Heath & Henry, 2002), soit l'élargissement de la définition des maladies et la sensibilisation parallèle du grand public dans l'objectif d'augmenter la part du marché de certains fournisseurs de traitements contre ces mêmes maladies, notamment les compagnies pharmaceutiques. Cette danse entre l'élargissement des critères diagnostics et celui des marchés pharmaceutiques aurait trouvé sa première illustration dans le cas de la dépression. L'arrivée des nouvelles molécules de type IRSS coïncidait selon cette perspective avec la transformation du statut nosographique de la dépression, la faisant passer de simple mécanisme de défense à un trouble épidémique (Moreau, 2009; Otero & Namian, 2009). Nombreux sont ceux qui citent actuellement l'étude de Cosgrove & Krinsky (2012), qui illustre l'ampleur des liens entre l'équipe chargée d'élaborer le DSM-5 et l'industrie pharmaceutique (Boudou-Laforce, 2013; Stop-DSM, 2013). En effet, selon cette étude, les membres de près de trois quarts des groupes prenant part à la révision du manuel entretiennent des liens avec l'industrie, et « les groupes contenant le plus de conflits d'intérêts sont ceux pour lesquels le recours aux médicaments constitue l'intervention principale. » (Cosgrove et Krinsky, 2012 :2). Selon cette troisième critique, les liens entretenus entre l'industrie pharmaceutique et les individus chargés de mettre sur pied le DSM sont donc à redouter.

Manque de scientificité du DSM

Au manque de transparence du DSM quant à l'implication de membres chargés de la rédaction du DSM dans l'industrie pharmaceutique et du phénomène de surmédication, s'ajoutent les doutes quant à la scientificité du manuel. Certains troubles répertoriés sont certes validés par des essais cliniques, mais d'autres sont sujets à des votes d'experts afin de décider de leur inclusion dans le manuel (Van Rillaer, 2013, site Internet). Frances qualifie de désastreux les essais cliniques du DSM-5, car le seuil de validité des diagnostics a été considérablement diminué :

Lorsque le DSM-5 n'a pas réussi à se ranger aux côtés de ses prédécesseurs quant à sa fiabilité, la direction du DSM-5 a décidé de diminuer ce qu'elle considérait comme des seuils acceptables. En fait, seulement 5 des 23 diagnostics du DSM-5 qui ont réussi à atteindre des niveaux de concordance kappa entre 0,60 et 0,79 auraient été jugés acceptables dans les éditions précédentes du manuel. (Frances, 2012b, site Internet).

Afin de pallier à ces lacunes, le domaine neurologique semble être une avenue privilégiée par certains groupes critiques du DSM, dans le but de

mieux desservir les individus aux prises avec des troubles de santé mentale. Rappelons que le NIMH mise désormais sur le Research Domain Criteria afin d'éventuellement pouvoir mieux répertorier les troubles de santé mentale. L'Institut se concentre désormais sur le développement d'un nouvel outil nosologique fondé sur les aspects neurologiques de la maladie mentale. Selon Insel, cette initiative s'avère beaucoup plus prometteuse que le DSM-5, qui se voudrait rien de plus qu'un simple « dictionnaire » des troubles de santé mentale (Insel, 2013, site Internet). La BPS avait donné son approbation au DSM-5 seulement pour les troubles qui pouvaient être expliqués par des facteurs biologiques/neurologiques, et sur lesquels l'environnement social n'avait aucune ou très peu d'incidence. Or l'avenue neurologique n'a pas encore fait ses preuves, et il faudra attendre plusieurs années avant de pouvoir élaborer un système diagnostic fiable : « La neurobiologie a fait de réels progrès, mais n'a pas encore atteint un niveau qui lui permettrait de contribuer utilement à la définition des différentes pathologies » (Hyman, 2010 : 170). À l'intérieur même du domaine psychiatrique, ceux qui reconnaissent le manque de scientificité du DSM-5 font appel au bon jugement des praticiens, admettant son *utilité sociale*. Effectivement, en Amérique du Nord, l'attribution d'un diagnostic recensé par le DSM constitue dans plusieurs cas la condition d'une prise en charge des frais associés à la thérapeutique, tant au niveau privé que public. Le problème s'est posé de manière emblématique en ce qui a trait au processus de révision des troubles de l'identité de genre (DSM-IV) et de dysphorie de genre (DSM-5) dans un contexte nord-américain où la thérapeutique (le parcours de transition) est étroitement dépendante du diagnostic (Dubois, 2012). C'est dans cet esprit que Frances, malgré sa forte opposition au manuel, reconnaît le caractère ambigu de cette réalité. Il encourage ainsi les professionnels de la santé mentale à faire un usage minime du manuel, et à plutôt recourir aux codes diagnostics de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé lorsque la chose s'avère nécessaire à des fins assurantielles (Frances, 2013c, site Internet).

ENTRE CRAINTES ET PESSIMISME : RÉSONNANCES SOCIOLOGIQUES

Le champ des pratiques et des savoirs entourant le « mental » a, depuis les quatre dernières décennies, connu différentes recompositions. La transformation des catégories psychiatriques du DSM au cours des dernières décennies et l'accroissement du recours aux médicaments psychotropes comme démarche thérapeutique privilégiée suscitent de nombreuses réactions de la part du public et des professionnels qui touchent, directement ou moins directement, à ce champ dont les frontières n'ont jamais paru autant diffuses. Les figures jadis solidaires,

autoréférentielles et désormais suspectes de l'asile et de la folie, qui assaillaient le destin tragique et souvent enfermé de l'homme anormal, cèdent le pas dans la socialité contemporaine au champ polymorphe et « ouvert » de la santé mentale, qui va de la détresse psychologique à la souffrance sociale (dans sa variante négative), au bien-être et à l'estime de soi (dans sa variante positive). Or, contrairement aux exceptions que constituait hier la folie et l'asile, la santé mentale concerne aujourd'hui la trajectoire ordinaire et « désenfermée » de l'homme normal, c'est-à-dire de « tout le monde, riches ou pauvres, hommes ou femmes, de n'importe quel âge, race ou croyance », comme le mentionnait le Plan d'action en Santé mentale 2005-2010 au Québec (MSSS, 2005, p. 6; Namian, 2012). Le souci pour la santé mentale semble à ce point diffus aujourd'hui, qu'il interpellerait autant la personne sans-abri aux prises avec de la détresse psychique, le travailleur qui lutte contre des symptômes de *burnout*, les théoriciens critiques qui font de la souffrance sociale un levier renouvelé pour la transformation historique, que les victimes de guerre ou réfugiés qui revendiquent des droits nouveaux sur le terrain des traumatismes psychiques (Fassin & Rechtman, 2007). Or, ce souci « démocratique » inédit envers toute forme d'atteintes à la subjectivité et pour les formes polymorphes d'interventions qui leur sont liées signale avant tout que la santé mentale est devenue aujourd'hui l'une des dimensions constitutives du « nouvel esprit des institutions » (Ehrenberg, 2010) des sociétés d'individualisme de masse, lequel trouve son ancrage dans de nouveaux idéaux normatifs et un ensemble de pratiques et de significations nouvelles qui les portent, les reconduisent et les mettent au point. Nous serions ainsi dans de véritables « sociétés thérapeutiques » au sens où Katie Wright (2011, p. 1-2) l'entend, c'est-à-dire un processus qui englobe un spectre multiple de discours, de pratiques et d'objets qui imprègnent institutionnellement la vie clinique et sociale. Du côté clinique, elles trouvent leur illustration dans le fait que les individus cherchent de manière croissante, que ce soit volontairement ou de manière contrainte, l'aide de psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, conseillers et bien sûr de médicaments pour répondre à des épreuves et mal-être issus du quotidien (Prosper, 2012). Demande à laquelle répond une offre protéiforme de support à la subjectivité. Pour prendre l'exemple des psychologues québécois, le nombre de ceux inscrits à l'Ordre des Psychologues du Québec (anciennement la corporation) serait passé de 70 à 8500 en près de 50 ans. Du côté social, cette société thérapeutique s'exprime dans la diffusion des idées « psy » dans la culture populaire, ainsi que par des discours et des pratiques qui ont été normalisées à travers le tissu des institutions.

C'est pourquoi la sortie du DSM-5 n'était pas qu'un simple évènement médiatique et les critiques mises en œuvre à son propos demeurent irréductibles aux champs psychopathologique et psychiatrique. Ce

faisceau de critiques donne vie à une « sorte de théâtre des subjectivités où il est légitime de mettre en scène des conflits sociaux, d'opérer des manipulations techniques d'image, d'ancrer des revendications collectives et individuelles de tout genre, de témoigner de certains inconforts et malaises, de dévoiler certaines dimensions identitaires, etc. » (Otero & Namian, 2011, p. 227). La question du mental est loin aujourd'hui d'être le seul fait de ses spécialistes : elle est devenue une véritable question sociale, relevant d'une discussion démocratique, promouvant des nouvelles formes d'égalités, mettant l'emphase sur des types spécifiques d'inégalités, et ses termes débordent largement l'activité diagnostic, thérapeutique ou statistique. En d'autres mots, le souci largement transversal et bavard pour les troubles du mental se doit d'être saisi aujourd'hui comme l'un des paramètres de l'espace social de la subjectivité, fortement institutionnalisé, que tous et chacun, allant de l'élite au quidam, peuvent investir désormais légitimement à des fins diverses et qui peut revêtir des pratiques et des significations plurielles (Moreau & Larose-Hébert, 2013). Sans extrapoler sur leurs significations ou laminer la spécificité de certaines polémiques ou divergences, on peut ainsi penser que les débats en lien avec la nouvelle édition du manuel s'inscrivent dans cet espace de tension.

Comme nous l'avons vu, les critiques reprochent d'abord au DSM-5 d'avoir le pouvoir de définir de manière quasi-unilatérale à la fois certaines situations de malaises ordinaires, qui relèvent de la vie quotidienne, et certains comportements jugés déviants ou socialement problématiques. De plus, c'est le caractère fondamentalement réducteur de la psychiatrie que l'on pointe du doigt, en l'accusant de ne pas tenir compte de l'ensemble des dimensions qui constituent le « sujet » de la psychiatrie, notamment en ce qui concerne la souffrance, conçue certainement comme le dernier rempart d'une conception humaniste de l'homme en société.

Ces critiques ne sont pas nouvelles. Les processus de médicalisation et de la pathologisation de l'existence nourrissent en effet la réflexion critique sur l'univers des pratiques et des savoirs entourant le « mental » depuis maintenant quelques décennies en sciences sociales. Néanmoins, dépassant largement les frontières de cet univers, ces processus ont suscité l'intérêt des chercheurs en sciences sociales dès les années 1970 (Conrad, 1975; Freidson, 1984; Illich; 1977; Zola, 1981), dans un contexte social où les revendications de changements structurels et la remise en question de rapports sociaux inégalitaires étaient à leur apogée et divisaient de ce fait les élites intellectuelles, partagées entre des réactions fondamentalement « conservatrices », suscitées par des craintes d'un bouleversement moral et social, et des réactions « émancipatrices », fondées sur un souci d'émancipation et de libération des conditions qui répriment la subjectivité. Le pronostic plutôt sombre du déclin de la culture,

de l'autorité et de la vie privée dénoncée, vers la fin des années 1960, par Philip Rieff dans *the Triumph of the therapeutic* (1966) contribua à dessiner les contours des réactions plutôt conservatrices à venir. C'est ainsi que le néo-marxiste américain Christopher Lasch (1979) a pu critiquer la « culture du narcissisme » et que plus récemment, Frank Furedi (2003) a fait le lien entre l'érosion des frontières entre le privé et le public, l'émergence d'une « culture thérapeutique » et le triomphe de l'émotivisme (Wright, 2011, p. 2).

D'un autre côté, certaines réactions de l'époque ont pavé le chemin à un mouvement polymorphe d'émancipation, en mettant l'accent critique sur les processus qui contribuent à contrôler socialement les conduites et les corps des individus. Les critiques féministes ont dénoncé la médicalisation et la montée de la société thérapeutique comme des manifestations du contrôle des femmes, notamment l'assujettissement des corps et la répression de la subjectivité. Dans le même ordre d'idées, une certaine interprétation des analyses de Foucault sur la médecine et la psychiatrie a contribué à faire voir ces institutions comme des instruments de pouvoir et d'assujettissement des sujets dans les sociétés libérales (Wright, 2011). Liant critique du libéralisme et critique de la psychologisation des rapports sociaux, ces analyses en viennent à voir dans le corpus de savoirs développés par les « disciplines psys » l'origine d'une nouvelle forme de gouvernement des populations (Rose, 1999), substituant à la discipline des corps analysée par Foucault une « orthopédie psychique » (Dardot & Laval, 2010, p. 439). Dans cette perspective, le savoir sur la subjectivité propre à la santé mentale en vient à être appréhendé comme un « psychopouvoir » (Stiegler, 2008) faisant jouer les procédures historiques de contrôle des populations de la biopolitique (Foucault, 2004) à même la psyché humaine (Rose, 2006). Étant distinctes d'un point de vue épistémologique, ces critiques tendent à se rencontrer néanmoins d'un point de vue sociologique. C'est ce qui fait dire à Katie Wright, par exemple, que malgré le fait que les critiques de la « société thérapeutique » font écho à des traditions intellectuelles diverses – allant du conservatisme culturel de Rieff, aux néo-marxistes, foucauldien et féministes radicales, elles ont comme souci commun la place croissante prise par la santé mentale dans l'institutionnalisation du social depuis les 50 dernières années.

Si l'on regarde de plus près les critiques actuelles du DSM-5, on peut observer qu'elles oscillent elles aussi entre ces deux grandes tendances, allant de la crainte à l'optimisme; du conservatisme à l'émancipation, et ce, au moment où les sociétés occidentales semblent en proie à de profonds bouleversements normatifs, culturels et sociaux. Si d'un côté, elles révèlent des inquiétudes (plus conservatrices) quant au déclin des repères, de l'autre côté, elles dénoncent de manière plus pessimiste (dans une

volonté d'émancipation) ce qui apparaît comme un accroissement du contrôle social des individus et de leur subjectivité. Dans le premier cas, la psychiatrie viendrait répondre, faute de mieux, à des problèmes en lien avec une forme d'anomie sociale, ou traduisant des défauts de solidarité sociale. La médicalisation, ou la pathologisation du normal et de la déviance correspondrait, en ce sens, à un défaut de fabrication du social : la psychiatrie – vidée de tout contenu social – se substituerait aux modalités historiques du fonctionnement social, ou, pour d'autres, de la solidarité et de l'action sociales. Sous cet angle, certaines des critiques adressées au DSM ne sont pas sans rappeler les liens établis par Rieff entre l'émergence d'une culture thérapeutique, une crise de la tradition et un déclin moral et institutionnel (Rieff, 1966). C'est le cas notamment des commentaires en lien avec la médicalisation du deuil, dans la mesure où la critique de la codification psychiatrique de la souffrance psychologique qui lui est inhérente peut être mise en lien avec le constat fait par certains d'une crise de l'institution sociale entourant la mort, notamment en ce qui a trait à la reconnaissance de la finitude humaine et de la continuité historique. Dans le même esprit, la tentation de codifier le viol comme un trouble mental pourrait être relue comme la conséquence cette fois d'une crise de l'institution juridique, mais surtout de son rôle en tant que modalité de régulation du social. Dans cet esprit, la polémique suscitée rappelle la critique plus générale de l'émergence d'une « jurisprudence thérapeutique » (Nolan, 2002 : 29) en lien avec une psychologisation des rapports sociaux, substituant, dans un contexte de crise de l'autorité (Casey, 2002), une logique psycho-médicale aux logiques sociales ayant historiquement fondé l'activité juridique et législative.

Toujours sur le continuum de la société thérapeutique, un deuxième ordre de critiques semble percevoir dans le DSM un instrument de pouvoir et d'assujettissement. Dans ce cas-ci, le problème tiendrait moins d'un défaut que d'un « excès » de société (incarnée ici par l'institution psychiatrique) avec comme conséquence l'effacement de la subjectivité ou de l'individualité « pure ». Sous cet angle, la teneur de certains débats en lien avec la nouvelle édition du DSM les rapproche d'une lecture de la psychiatrie en termes de « psychopouvoir » ou, pour le dire autrement, d'une « gouvernementalité » par la psychiatrie. Encore ici, on peut considérer qu'il existe une forte affinité entre ce type de point de vue sur la société thérapeutique et tout un pan de critiques sur la psychiatrisation du deuil. Ces dernières ne sont pas sans rappeler les conclusions de certaines analyses quant au rôle des représentations médicales de l'individu dans un processus de « désocialisation de la mort [où] l'arrêt d'une vie ne doit en aucun cas entraver la productivité sociale des individus ». (Lafontaine, 2008 : 1980). Pour le dire dans des mots plus près des débats, « tout le monde sera malade après le passage de la Grande Faucheuse : qui peut se remettre de telles pertes en deux semaines et

retourner travailler à pleine capacité ? » (Simard, 2013, site Internet). Dans cette perspective, l'emprise de la psychiatrie sur le deuil tiendrait d'une volonté d'évitement de ses conséquences en termes de « pertes »¹ pour l'individu et la société. Un même type de relation entre le savoir psychiatrique et les modalités actuelles du pouvoir a joué en ce qui a trait aux critiques des troubles de l'enfance. Effectivement, le constat ou la crainte d'une médicalisation de l'enfance réactualise certaines tensions propres au rôle dominant des disciplines médico-psychologiques dans les sociétés contemporaines, notamment en ce qui a trait aux transformations de l'institution familiale et aux dispositifs d'actions sociales qui lui sont liés. Au final, ce que dénonce certaines critiques n'est pas sans évoquer l'image d'une « pédagogie par la psychiatrie », ou encore une police « psychiatrique » des familles² traduisant une recomposition – quand ce n'est pas un accroissement - des contrôles sociaux qui s'appliqueraient désormais à toutes les étapes d'une vie, allant de l'enfance à la fin de vie.

CONCLUSION

Une bonne partie des critiques sur cette nouvelle « bible » de la psychiatrie partagent l'horizon général d'une interrogation quant à l'importance grandissante de la santé mentale dans les sociétés contemporaines, et plus généralement, d'une préoccupation sociale multiforme pour la subjectivité. Toutefois, si cet horizon commun s'avère dans certains cas évident, il l'est moins quant aux critiques relevant du quatrième axe que nous avons dégagé, soit celui de la validité et de la scientificité du manuel. Les débats soulevés ont davantage émergés à « l'interne », prenant la forme d'une discussion (parfois virulente) sur les conditions de production de la science, opposant différents points de vue épistémologiques et traditions du savoir. Dès lors, s'ils sont moins saisissables à la lumière des tensions sociologiques examinées précédemment, on peut néanmoins avancer l'hypothèse que la demande croissante de scientificité de la part des experts et des profanes (qui s'illustre par une disposition marquée vers les neurosciences), va de pair avec une certaine conception de la « société incertaine », en proie à une perte de sens et de vérités. Par ailleurs, si on peut penser que l'ensemble de ces différentes critiques met en scène, à un niveau général, une sorte de « théâtre des subjectivités », les différents axes relèvent de « trames narratives » distinctes et une analyse plus exhaustive supposerait d'en tenir compte. Par exemple, une analyse plus systématique du caractère national de la critique mériterait d'être soulevée, car elle peut prendre des teintes variées en fonction tant de préoccupations culturelles, politiques et sociohistoriques, que de luttes internes au champ des savoirs et des

-
1. Sur un axe allant de l'efficacité à la souffrance psychique.
 2. Pour paraphraser le titre de l'ouvrage de Jacques Donzelot. Donzelot, Jacques, 2005 [1977], *La police des familles*. Paris : Seuil.

pratiques entourant le « mental ». Il suffit de prendre l'exemple des réactions françaises au manuel, qui sont teintées par le rôle encore important de la psychanalyse dans l'univers de la santé mentale (contrairement à l'Amérique du Nord) et d'une représentation forte de la société comme étant « en crise », en proie à une déliaison généralisée et notamment du sujet (Demazeux, 2013; Ehrenberg, 2010), comme l'exprime notamment le psychiatre et psychanalyste Patrick Landman (2013) dans son dernier ouvrage *Tristesse Business, le scandale du DSM-5*.

En dernière instance, on peut sans doute souligner le fait que la méfiance à l'égard du manuel ne fait pas l'unanimité au sein des cliniciens du champ de la santé mentale. Certains prônent une position plus nuancée, voire d'indifférence quant au manuel, ce dernier ne pouvant pas faire de tort si l'on ne lui confère pas une autorité symbolique :

Certains craignent que le DSM-5 fasse du tort. Or, le DSM-5 ne peut rien faire par lui-même. Le tort ou le bien qu'il causera sera fonction du degré de rigueur, de sens critique et de prudence dont fera preuve le professionnel qui l'utilisera. J'ai confiance que les psychologues continueront de mettre à contribution l'ensemble de leurs compétences, quel que soit l'outil utilisé (Charest, 2013, p. 7).

Si le DSM-5 « ne peut rien faire par lui-même », les critiques participent fortement à l'élever à des considérations sociologiques, car bien au-delà de son étendu médical, la psychiatrie (et plus largement le champ de la santé mentale) est devenue une institution sociale centrale, comme pouvaient l'être, hier, l'Église, le parti, les syndicats. Si le DSM n'est pas une « bible », au sens où l'on voudrait l'entendre (un livre face auquel on doit impérativement se plier pour trouver une réponse, une direction, voire une question), sa portée doit néanmoins être vue comme une extension du domaine psycho-médical sur des terrains sociaux en proie à des bouleversements. Par exemple, les diagnostics de troubles mentaux qui prennent une ampleur sans précédent aujourd'hui, comme la dépression, l'épuisement professionnel et l'anxiété, constituent de véritables passeports pour avoir accès à l'univers contraignant des couvertures d'assurances et des prestations d'invalidité au travail, et ce dans un contexte où la place du travail occupe une place inédite dans la vie des individus et exige une mobilisation de soi accrue dans le procès de production post-taylorien (Kirouac, 2012). Ils peuvent aussi, notamment pour l'hyperactivité et les troubles d'apprentissage, devenir les seules portes d'entrée pour les enfants qui ont besoin, à une époque où l'école subit de nombreux bouleversements, de services d'accompagnement spécialisés et d'une attention singularisée. Ou encore, ils peuvent servir, à l'heure où l'institution de la famille est en pleine mutation, de preuves nécessaires permettant d'appuyer des demandes de changement de

genre ou de sexe. Cela explique pourquoi, par exemple, certaines associations de patients se battent en Amérique du Nord pour garder certains troubles dans le DSM. Il ne s'agit donc pas d'être pour ou contre le DSM-5. Il importe surtout de reconnaître qu'il constitue une réalité à double tranchant, pouvant avoir des impacts significatifs sur des terrains qui ne sont pas encore légiférés par d'autres moyens (politiques, légaux, scientifiques, etc.). Ainsi, le problème n'est pas tant le DSM que sa place quasi incontournable, aujourd'hui, lorsqu'il s'agit de réclamer des droits sociaux, de dénoncer des injustices ou de remédier, ne serait-ce que partiellement, à des inégalités profondes. Comment faire autrement que médicaliser dans une société où la souffrance, la santé mentale et la vulgate « psy », plus largement, sont devenues des moyens de traduire, individuellement et collectivement, des revendications politiques et de mettre au jour des problèmes sociaux (la dépression, l'anxiété ou le burnout constituent de puissants révélateurs de conditions de vie et de travail difficiles, précaires, injustes, etc.) ? Voilà une bonne question sur laquelle nous devrions nous pencher collectivement. Oui, les fondements des diagnostics, la prescription de médicaments et le mésusage du DSM doivent continuer à susciter des critiques et des questionnements de la part autant des initiés du champ de la psychiatrie que du public, désormais massivement concerné. Non, la médicalisation n'a pas à être hâtivement proscrite et diabolisée. Car force est de reconnaître qu'aujourd'hui, d'un point de vue sociologique, elle n'est pas que source d'aliénation, mais peut servir d'instrument à des personnes et des groupes sociaux pour revendiquer des droits sociaux et accéder à certains services, même si cela implique, en retour, une stigmatisation encore fortement associée à l'étiquette de la maladie mentale. En somme, il s'agit donc, oui, de débattre du DSM, mais en prenant en compte la complexité du phénomène et surtout en évitant, dans nos réactions et critiques, de stigmatiser davantage les personnes qui, volontairement ou non, ont dû avoir recours à l'univers de plus en plus large de la psychiatrie.

RÉFÉRENCES

- Adam, C. (2012). Jalons pour une théorie critique du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. *Déviance et société*, 2(36), 137-169.
- American Psychiatric Association (2013). Highlights of changes from DSM-IV TR to DSM-5. Repéré à <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- American Psychological Association (2011). Narcissism and the DSM. *Monitor on Psychology*, 42(2), 67. Récupéré de <http://www.apa.org/monitor/2011/02/narcissism-dsm.aspx>
- Bastra L., Hadders-Algra M., Nieweg E., Van Tol D., Pijl S.J., & Frances, A. (2012). Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54, 492-494.
- Bienvault, P. (2013). *Les psychiatres se divisent face au DSM-5, nouveau guide des maladies mentales*. Récupéré de <http://www.la-croix.com/Actualite/France/Les-psychiatres-se-divisent-face-au-DSM-5-nouveau-guide-des-maladies-mentales-2013-05-15-960374>

- Boudou-Laforce, É. (2013). *Le DSM-5 ou le monde normalisé par la psychiatrie*. Récupéré de <http://www.ledevoir.com/societe/sante/378117/le-dsm-5-ou-le-monde-normalise-par-la-psychiatrie>
- Caplan, P.J. (2008). Pathologizing your period. *Ms.*, Été, 1-2.
- Casey, M. A. (2002). Authority, crisis and the individual. *Society*, 39(2), 78-82.
- Charest, R.-M. (2013). Le DSM-5, une bible? *Psychologie Québec*, 30(4), 7.
- Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis : notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21.
- Cosgrove, L., & Krinsky, S. (2012). A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry : A pernicious problem exists, *PLoS Medicine*, 9(3), 1-4.
- Côté, I. (2013). Analyse féministe du syndrome postavortement : déconstruction d'un mythe véhiculé par le mouvement pro-vie. *Reflets : revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(1), 65-84.
- Dardot, P., & Laval, C. (2010). *La nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale*. Paris : La Découverte/Poche.
- Demazeux, S. (2013). Le DSM-5. Une inquiétude française. *Esprit*, 7, 116-118.
- Donzelot, J. (2005). *La police des familles*. Paris : Seuil.
- Douville, P. (2012). Collectif : initiative pour une clinique du sujet. Pour en finir avec le carcan DSM. *Figures de la psychanalyse*, 2(24) 253-255.
- Dubois, D. (2012). Le phénomène trans. Les mises en problème de l'identité. In M. Otero & S. Roy (Éds), *Qu'est-ce qu'un problème social. Repenser la non-conformité aujourd'hui* (p.125-148). Montréal : Presses de l'Université du Québec à Montréal.
- Ehrenberg, A. (2010). *La société du malaise*. Paris : Odile Jacob.
- Expertise collective (2005). *Troubles de conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Les éditions Inserm.
- Fassin, D., & Rechtman, R. (2007). *L'Empire du traumatisme. Enquête sur la condition de la victime*. Paris : Flammarion.
- Favereau, E. (2013). *Fronde contre la psychiatrie à outrance*. Repéré à http://www.liberation.fr/societe/2013/05/07/fronde-contre-la-psychiatrie-a-outrance_901586
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique. Cours au Collège de France, 1978-1979*. Paris : Seuil.
- Frances, A. (2012a). *DSM-5 and diagnostic inflation*. Repéré à <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201201/dsm-5-and-diagnostic-inflation>
- Frances, A. (2012b). *DSM-5 field trials discredit APA*. Repéré à <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201210/dsm-5-field-trials-discredit-apa>
- Frances, A. (2013a). *Saving normal : an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York : William Morrow.
- Frances, A. (2013b). The new crisis in confidence in psychiatric diagnosis. *Annals of Internal Medicine*. Récupéré de <http://annals.org/article.aspx?articleid=1688399>
- Frances, A. (2013c). *Why DSM-5 won't meet the press*. Repéré à <http://www.psychologytoday.com/blog/saving-normal/201302/why-dsm-5-wont-meet-the-press>.
- Freidson, E. (1984). *Profession of medicine*. New York : Harper and Row.
- Furedi, F. (2003). *Therapy culture : cultivating vulnerability in an uncertain age*. Londres : Routledge.
- Halbreich, U., Borenstein, J., Pearlstein, T., & Kahn, L.S. (2003). The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, 28(3), 1-23.
- Hyman, S.E. (2010). The diagnosis of mental disorders : the problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179.
- Illich, I. (1977). *Medical nemesi : The expropriation of health*. New York : Bantam books.

La réception critique du DSM-5 : un univers...

- Insel, T. (2013). *Director's blog : Transforming diagnosis*. Récupéré le 20 juin 2013 de <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Kirk, S., & Hutchins, H. (1998). *Aimez-vous le DSM?* Paris : Empêcheurs de penser en rond.
- Kirouac, L. (2012). Du surmenage professionnel au burnout : réponses sociales et issues individuelles aux difficultés du travail d'hier et d'aujourd'hui. *Lien social et politique*, 67(printemps), 51-66.
- Lafontaine, C. (2008). *La société postmortelle : la mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences*. Paris : Seuil.
- Landman, P. (2013). *Tristesse Business, le scandale du DSM-5*. Paris : Max Milo.
- Lasch, C. (1979). *The culture of narcissism*. New York : Norton.
- Leo, J. (2002). American Preschoolers on Ritalin. *Society*, 2(39), 52-60.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale. La force des liens*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Moreau, N. (2009). *État dépressif et temporalité. Contribution de la sociologie de la santé mentale*. Montréal : Liber.
- Moreau, N., & Larose-Hébert, K. (2013). Conclusion – L'éthique de la souffrance. In N. Moreau & K. Larose-Hébert (Éds), *La souffrance à l'épreuve de la pensée* (p. 231-234). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness : The pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324(7342), 886-891.
- Namian (2012). La santé mentale (re)visitée : aux frontières du lien social. *Lien social et politique*. 67, 201-216.
- Nolan, J. Jr. (2002). Therapeutic adjudication. *Society*, 39(2), 29-38.
- Otero, M., & Namian, D. (2009). Le succès psychiatrique de la dépression : du discret mécanisme de défense au trouble de l'humeur épidémique. In S. Y. Hachimi (Éd.), *Pouvoir médical et santé totalitaire. Conséquence socio-anthropologiques et éthiques* (p. 375-399), Québec (Québec) : Presses de l'Université Laval.
- Otero, M., & Namian, D. (2011). Grammaires sociales de la souffrance. In C. Meyor (Éd), *La souffrance à l'école* (p. 226-236). Montréal : Cahiers du CIRP.
- Prior, L. (2003). Belief, knowledge and expertise : The emergence of the lay expert in medical sociology. *Sociology of Health And Illness*, 25(3), 41-57.
- Prosper, H. (2012). Dossier 50 ans. Une histoire à suivre! *Psychologie Québec*, 29(6), 1-33.
- Rieff, P. (1966). *The triumph of the therapeutic : Uses of faith after Freud*. New York : Harper and Row.
- Rose, N. (1999). *Powers of freedom : reframing political thought*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Rose, N. (2006). Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. *BioSocieties*, 1(4), 465-484.
- Rowland, K. (2013). *It's all in your head : Katherine Rowland interviews Gary Greenberg*. Repéré à <http://www.quernicamag.com/interviews/its-all-in-your-head/>
- Ryan, E. G. (2013). *Classifying severe PMS as a mental disorder screws women over*. Repéré à <http://jezebel.com/classifying-severe-pms-as-a-mental-disorder-screws-women-1449132829>
- Simard, J. (2013). *Rendre impossible le temps du deuil par sa médicalisation?* Repéré à <http://voir.ca/julien-simard/2013/05/14/rendre-impossible-le-temps-du-deuil-par-sa-medicalisation>
- Stiegler, B. (2008). *Économie de l'hypermatériel et psychopouvoir*. Paris : Milles et une nuit.
- Stop-DSM. (2013). *L'opposition au DSM-5 n'est pas l'opposition à la psychiatrie*. Repéré à <http://stop-dsm.org>
- The British Psychological Society. (2011). *Response to the American Psychiatric Association : DSM-5 Development*. Repéré à <http://apps.bps.org.uk/publicationfiles/consultation-responses/DSM-5%202011%20-%20BPS%20response.pdf>
- Van Rillaer, J. (2013). Utilité et dangers des catégorisations psychopathologiques. *Sciences & Pseudo-sciences*, 303. Récupéré de <http://www.pseudo-sciences.org/spip.php?article2025>

- Watson, L. B., & Ancis, J. R. (2013). Paraphilic coercive disorder : concerns and implications. Repéré à <http://www.awpsych.org/index.php/component/content/article/75-bias-in-psychiatric-diagnosis-dsm-v/newsflash-dsm-v/119-paraphilidcoercivedisordercomment>
- Wright, K. (2011). *The rise of the therapeutic society*. Washington : New Academia Publishing
- Zanor, C. (2010). A fate that narcissists will hate : being ignored. *The New York Times*. Récupéré de http://www.nytimes.com/2010/11/30/health/views/30mind.html?_r=0
- Zola, I. K. (1981). Culte de la santé et méfaits de la médicalisation. In L. Bozzini (Éd.), *Médecine et société : les années 1980*. Montréal : Éditions Saint-Martin.

Dominic Dubois¹

Université du Québec à Montréal

Dahlia Namian

Université d'Ottawa

Marie-Pier Rivest

Université d'Ottawa

Nicolas Moreau

Université d'Ottawa

1. Adresse de correspondance : Université du Québec à Montréal. C.P. 8888, Succ. Centre-Ville, Montréal (QC), H3C 3P8. Téléphone : 514-849-0701. Courriel : dubois.dominic@courrier.uqam.ca