

CHRONIQUE

DSM : FIABILITÉ ET VALIDITÉ DES DIAGNOSTICS

DSM : RELIABILITY AND VALIDITY OF DIAGNOSTICS

UN CHANGEMENT DE PARADIGME?

Les travaux ayant abouti à la publication du DSM-5 se sont échelonnés sur une période de neuf ans. Sous la gouverne de David J. Kupfer et Darrel A. Regier, ils ont duré trois fois plus longtemps que les délibérations conduisant à la publication du DSM-III en 1980. Présidé par Robert Spitzer, le DSM-III éliminait toute référence à la psychanalyse freudienne et fondait les diagnostics sur des listes de symptômes. Il s'annonçait comme une véritable « révolution » et une avancée sans précédent dans le domaine du diagnostic psychiatrique.

Dans un ouvrage collectif paru en 2002, David J. Kupfer, Michael B. First et Darrell A. Regier, soulignaient que les recherches en psychiatrie avaient fait peu de progrès. Ces efforts n'avaient pas réussi à valider les catégories du DSM et aucun marqueur biologique n'avait été découvert. L'édifice présentait plusieurs autres lézardes : les diagnostics sont instables; ils se chevauchent, laissant planer un doute sur leurs causes distinctes; les mêmes médicaments sont employés pour traiter des affections largement différentes (Kupfer, First, & Regier, 2002). Le psychiatre québécois Maurice Leduc a recensé 61 indications pour les antidépresseurs, allant de la dépression jusqu'à l'angoisse de la page blanche, en passant par l'éjaculation précoce (Leduc, 2010). Une molécule comme les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine (ISRS), à quelques variantes près, cible-t-elle la « cause » spécifique de chacune de ces affections¹?

Suite à ce bilan déprimant, les auteurs en appelaient à un changement radical de paradigme. Les diagnostics devaient être fondés sur les avancées de la génétique, des neurosciences et de la pathophysiologie, et non sur les symptômes, afin de fournir au DSM la légitimité qui lui faisait défaut.

Onze ans plus tard, malgré le temps écoulé à traquer des marqueurs biologiques et à mettre au point des médicaments plus efficaces, la recherche n'avait pas livré les fruits promis. En 2013, un pionnier de la

1. La plupart des psychotropes ciblent grosso modo quatre à cinq neurotransmetteurs, et ce, depuis les années 1950. Selon différentes sources, de 60 à 100 neurotransmetteurs ont été identifiés et d'autres le seront dans l'avenir. Les neurotransmetteurs les plus ciblés par les médicaments le sont en grande partie à cause du hasard des recherches.

psychiatrie moléculaire renouvelait le constat des dirigeants du DSM-5 : « ...les deux dernières décennies ont été très frustrantes. Nous avons appris beaucoup de choses sur l'action moléculaire des psychotropes et sur le stress chez les animaux, mais nous n'avons pas été capables d'utiliser cette information pour mettre au point de nouveaux tests diagnostiques (biomarqueurs) ou de meilleurs traitements pour la maladie mentale » (Nestler, 2013). En 2009, Thomas Insel, directeur du National Institute of Mental Health (NIMH), évaluait qu'il n'existe aucune preuve que la mortalité et la morbidité en maladie mentale aient été réduites grâce aux nouveaux médicaments (Insel, 2009).

Le psychanalyste et psychiatre français Patrick Landman relève le paradoxe. Au moment où la génétique, plus précisément l'épigénétique, commence à considérer l'influence de l'environnement sur les maladies, le NIMH et le DSM font le chemin inverse, en «...déniant le facteur social dans la causalité » (Landman, 2013). Cette orientation est maintenant celle du NIMH, qui focalisera exclusivement sur les « causes » biologiques des troubles mentaux.

Le bilan des deux principaux responsables de la dernière mouture du DSM reconnaissait les failles du manuel et son impuissance à établir un diagnostic fiable et valide, indiquant ainsi que le manuel était plus qu'imparfait. En effet, pourquoi en appeler à un changement radical de paradigme et à une révision en profondeur si l'outil était — est — satisfaisant? La classification des troubles mentaux fondée sur les causes biologiques, comme le rêvaient David Kupfer et Darrell Regier, s'avérait impossible.

UNE APPROCHE A-THÉORIQUE?

Le DSM s'appuie sur une approche descriptive qui « tentait d'être neutre en ce qui concerne les théories étiologiques » (*DSM-IV-TR*). Autrement dit, le DSM se veut a-théorique. Avant la publication de la quatrième version, une section du manuel était consacrée aux « troubles mentaux organiques » dont l'étiologie est connue, par exemple le délire qui suit le sevrage de l'alcool. Cette expression fut expurgée du DSM-IV. Elle impliquait que des troubles mentaux pourraient ne pas avoir de base biologique. Déjà, les promoteurs du manuel agissaient comme s'il existait des preuves que les maladies mentales sont de nature biologique (Kirk, Gomory, & Cohen, 2013, p. 124).

En outre, le DSM est une publication de l'American Psychiatric Association (APA). Or, quelles sont les recommandations des guides de pratique de l'APA? Le guide abrégé sur la dépression majeure privilégie le traitement pharmacologique. Les antidépresseurs, notamment les

inhibiteurs dits sélectifs de recapture de la sérotonine (ils augmentent les niveaux de sérotonine et font baisser les niveaux de dopamine) sont censés rétablir l'équilibre des neurotransmetteurs, théorie discréditée depuis longtemps, y compris chez la très vaste majorité des psychopharmacologues (St-Onge, 2013). Le guide consacre de nombreuses pages à toute la gamme des antidépresseurs, soulignant la nécessité de prescrire un antihypertenseur si tel produit fait augmenter la pression sanguine, ou un médicament pour contrer les effets sur la libido, ce qui pourrait engendrer des traitements en cascade, ajoutant un produit pour défaire l'action indésirable du précédent et ainsi de suite.

Vient en deuxième indication, c'est-à-dire en cas d'échec du traitement pharmacologique et généralement dans les cas de dépression sévère, l'électrochoc. Il est recommandé dans certains cas (sans spécification) pour la dépression légère et modérée. Et finalement, du bout des lèvres, la psychothérapie qui mérite 11 lignes. Par ailleurs, la psychothérapie est bannie pour la dépression sévère, même si des preuves de son efficacité existent pour cette indication (APA, 2010). Soulignons que 90 % des auteurs des guides de pratique de l'APA sur la dépression, la schizophrénie et la bipolarité sont liés financièrement à des fabricants dont les médicaments sont recommandés explicitement ou implicitement pour traiter ces affections (Cosgrove, Bursztajn, Krinsky, Anaya, & Walker, 2009).

LA FIABILITÉ DES DIAGNOSTICS : LE COEFFICIENT KAPPA

Le concept de « fiabilité » renvoie au degré d'accord qui existe entre deux professionnels au sujet d'un diagnostic. Un degré de fiabilité insatisfaisant jette un doute sur sa validité. Or, cette dernière est encore plus fondamentale. En effet, ce n'est pas parce que vous entendez sur l'identification d'un trouble que vous le comprenez, que vous en appréhendez les « causes » proximales et/ou distales et que vous pouvez proposer des traitements adaptés.

Avant 1980, date de publication du DSM-III, la fiabilité des diagnostics était perçue comme un problème majeur. Au début des années 1970, un psychiatre new-yorkais était deux fois plus susceptible de poser un diagnostic de schizophrénie que son vis-à-vis londonien (Hacking, 2013). Dans un cas, 69 % des psychiatres américains concluaient à un diagnostic de schizophrénie, contre 2 % de leurs confrères britanniques. On s'entendait sur les symptômes, mais le diagnostic final différait. Si les professionnels étaient incapables de s'entendre sur un diagnostic, comment pouvait-on prétendre à sa *validité*? Il en allait de la crédibilité même de la discipline qui était fortement contestée. Il fallait mettre de l'ordre. C'est à cette tâche que Robert Spitzer s'attela.

Un outil, le coefficient kappa, reflète l'ampleur de l'accord ou du désaccord entre deux évaluateurs, en principe indépendants, c'est-à-dire ne disposant pas au préalable des mêmes informations sur la façon d'établir un diagnostic. Si le score est de 1,0, le degré d'accord est parfait; à 0,0, l'accord est le résultat du hasard. En principe, le kappa élimine la possibilité que l'entente soit le fruit du hasard.

La question de la fiabilité a fait couler beaucoup d'encre. Stuart Kirk et Herb Kutchins, notamment, lui ont consacré de nombreux articles (Kirk, 2004; Kirk & Kutchins, 1994). Deux chapitres de *Mad Science*, publié en 2013, de Stuart Kirk, Tomi Gomory et David Cohen, reviennent sur la question.

D'après des données recueillies avant la publication du DSM-III, entre les années 1950 et 1974, 6 classes de diagnostics obtenaient « satisfaisant » (0,74), 12 « passable » (0,56) et 31 « médiocre » (0,37), pour une moyenne combinée de 0,53. Robert Spitzer considérait qu'un score de 0,70 était « bon » (Kirk *et al.*, 2013, p. 143).

Soulignons que les kappas s'appliquent aux grandes catégories du DSM. Si deux psychiatres concluent à un diagnostic de trouble de la personnalité, mais ne s'entendent pas sur le type, le kappa est de 1,0. D'entrée de jeu, cette subtilité contribue à surestimer la fiabilité des diagnostics (Kirk *et al.*, 2013, p. 150).

Des tests de fiabilité (*field trials*) pour les diagnostics du DSM-III ont été menés juste avant sa publication (1978-79) et quelques années après (1985-86). Ces derniers furent réalisés par une équipe à laquelle participait Robert Spitzer. Je m'en tiendrai à ces résultats, qui n'étaient pas très différents de ceux des années 1978-79. Pour les 390 personnes en traitement, le kappa atteignait 0,61 (intervalle de 0,49 à 0,67); les 202 personnes vivant dans la communauté obtenaient une moyenne de 0,37. Certains kappas étaient inférieurs à ceux de la période précédant la publication du DSM-III (Carney, 2013).

Autrement dit, la révolution souhaitée par Robert Spitzer n'avait pas eu lieu. Néanmoins, on assistait à l'éclosion de toute une littérature célébrant le nouveau consensus : le problème de la fiabilité était réglé. À cet égard, Stuart Kirk, Tomi Gomory et David Cohen parlent du marketing réussi d'un échec et du triomphe de la rhétorique politique sur la science (Kirk *et al.*, 2013, p. 155).

Globalement, la fiabilité des diagnostics ne s'était pas significativement améliorée. Robert Spitzer le reconnaissait en 2005, dans une entrevue au magazine *New Yorker* : « Dire que nous avons réglé le problème de la

fiabilité n'est tout simplement pas vrai...Il y eut de l'amélioration...ce n'est certainement pas très bon » (Kirk *et al.*, 2013, p. 152-155).

Le grand soir n'est pas advenu non plus en 2013. Les tests de fiabilité du DSM-5 ont été réalisés auprès de 279 professionnels, disposant des mêmes informations — ils ne sont donc pas indépendants — dans 11 facultés de médecine des États-Unis et du Canada, conditions qui sont loin des celles qui prévalent en clinique.

Le trouble de la dérégulation de l'humeur explosive reçoit un pauvre 0,25 et un candidat à l'inclusion au DSM-5, n'ayant pas été retenu, le trouble mixte anxiodépressif, obtenait une note négative chez l'adulte et un très médiocre 0,05 chez l'enfant.

Sans surprise, le seul trouble méritant une note supérieure à 0,70 — que Robert Spitzer considérait comme « bon » — est le trouble neurocognitif majeur, qu'on appelait « démence ». Seulement six catégories de troubles se maintiennent dans une fourchette entre 0,54 et 0,67. Le Tableau 1 résume les résultats de quelques-uns des diagnostics les plus courants.

Notons que des diagnostics aussi répandus que la dépression majeure et l'anxiété font piètre figure, alors qu'un problème qui devrait être relativement facile à diagnostiquer, l'alcoolisme, affiche un score médiocre.

Avant même que ces résultats ne soient publiés, l'*American Journal of Psychiatry* réduisait les attentes en considérant qu'un kappa entre 0,20 et 0,40 est « acceptable »; « réaliste » entre 0,40 et 0,60; on a « raison de célébrer » entre 0,60 et 0,80. Au-delà, c'est le « miracle ». Pour appuyer leur argumentation, les auteurs fournissent deux exemples de kappas plutôt décevants en médecine générale, à laquelle il faut toujours se comparer (Chmura, Kraemer, Kupfer, Clarke, Narrow & Regier, 2012). Bref, ce qui naguère était médiocre et inacceptable est devenu réaliste, voire une raison de sabrer le champagne.

L'histoire des DSM ressemble à une succession de changements de paradigmes qui échappent obstinément à leurs promoteurs.

LA VALIDITÉ DES DIAGNOSTICS

Le manque de fiabilité d'un diagnostic jette un doute sur sa validité. Un diagnostic est valide s'il peut tracer une frontière claire entre maladie mentale et ce qui ne l'est pas, entre différents troubles mentaux conçus comme autant d'entités distinctes les unes des autres et il aboutira à des traitements adéquats et ciblés pour chaque pathologie.

Tableau 1

Fiabilité des diagnostics du DSM-5 chez l'adulte
(source : Freedman *et al.*, 2013)

Diagnostic	Kappa
Schizophrénie	0,46
Alcoolisme	0,40
Trouble bipolaire II	0,40
Dépression majeure	0,28
Personnalité antisociale	0,21
Trouble de l'anxiété généralisée	0,20
Trouble anxiodépressif (non retenu)	-0,004

Décrire une constellation de symptômes est largement insuffisant pour établir le bon diagnostic. Un même symptôme peut renvoyer à des affections très différentes. Pour établir sa validité, une maladie doit présenter des signes, des symptômes qui se retrouvent de façon régulière, et ils doivent être liés à une dysfonction physiologique démontrable (Kirk *et al.*, 2013; Glenmullen, 2005) Comme nous l'avons vu, ce n'est pas le cas des troubles mentaux. C'est l'une des pierres d'achoppement de la psychiatrie descriptive révélant son caractère non-scientifique. Les concepts du DSM reposent sur des consensus entre experts, dont la plupart sont en conflit d'intérêts. Or, la validité d'un concept doit s'appuyer sur une théorie et des preuves empiriques.

Des critères ambigus et subjectifs

On a souvent critiqué les catégories du DSM comme autant d'étiquettes incapables de cerner la réalité clinique. Les critères sont souvent décrits de façon imprécise et ambiguë. Une personne souffrant d'anxiété généralisée présentera « anxiété et soucis excessifs » qu'elle aura de la « difficulté à contrôler » (*Mini DSM-IV-TR*, 2004, p. 219-220). Qui déterminera ce qui est excessif et comment évaluer la difficulté à contrôler? (Kirk *et al.*, 2013, p. 166). Pour qu'un concept soit valide et ne soit pas une construction arbitraire, des conditions doivent exister et être définies. Par exemple, à quoi peut-on reconnaître le caractère excessif de l'anxiété?¹

1. Ces critères, ainsi que ceux qui suivent, sont restés essentiellement les mêmes dans le DSM-5. Ils n'ont pas changé pour le TDAH, quoique de nouveaux exemples aient été ajoutés : perdre ses clés ou son portable, oublier de payer ses factures pour les adultes et les adolescents plus âgés.

Par ailleurs, la subjectivité des diagnostics est apparente quand on constate que les experts, selon qu'ils s'en reportent au DSM, à son équivalent de l'OMS, la Classification internationale des maladies (CIM), ou à tout autre cadre conceptuel, par exemple celui d'Horwitz, peuvent poser trois diagnostics différents à partir des mêmes symptômes de dépression¹.

Redondance des critères

Le même critère est souvent répété sous des vocables différents. Leur multiplication donne un faux sens de validité en utilisant des symptômes en apparence différents, ce qui semble rehausser le seuil nécessaire pour mériter un diagnostic (Kirk *et al.*, p. 167-168).

Parmi les critères de la « phobie sociale », le premier signale une « peur persistante et intense » devant une situation sociale. Puis s'ajoutent :

- « une situation sociale redoutée... »
- le « sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur... »
- « les situations sociales ou de performance sont évitées... » (*Mini DSM-IV-TR*, 1994, p. 212).

Que la situation inflige une peur intense, qu'elle soit redoutée, excessive et évitée revient à comptabiliser le même comportement plusieurs fois. Par ailleurs, la description d'un ensemble de comportements et sa qualification comme étant pathologique n'établissent pas la validité d'une maladie.

Un diagnostic répandu est le TDAH. L'enfant doit exhiber six des neuf symptômes pour mériter le diagnostic. Le premier symptôme se décline ainsi : « souvent ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans les devoirs scolaires, le travail ou autres activités ». Les critères suivants ne font que répéter cette première observation :

- « a souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux... »
- Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle...
- A souvent du mal à organiser ses travaux ou ses activités...
- Souvent, se laisse facilement distraire par des stimulus externes... » (*Mini DSM-IV-TR*, 1994, p. 66).

Cette question est d'autant plus saillante qu'un enfant qui reçoit un diagnostic de TDAH risque d'en collectionner plusieurs : trouble de l'apprentissage, trouble des conduites, trouble oppositionnel avec

1. Pour des exemples voir, St-Onge, 2013, p. 49-50.

provocation, anxiété, etc. Selon une étude américaine, 33 % des enfants exhibent un autre trouble, 16 % en présentent deux et 18 % trois ou plus. Ils seront susceptibles d'être traités avec plusieurs médicaments (Phend, 2011).

Deux, trois, quatre diagnostics : la comorbidité

Un système de classification, par exemple en botanique, ne comporte pas ou peu d'entités qui en recouvrent d'autres. Or, plus de 50 % des gens reçoivent deux diagnostics et environ le tiers sont frappés par trois diagnostics et plus (Horwitz, 2002). En médecine générale, ce problème est infiniment moins important qu'en psychiatrie. Un cancéreux peut souffrir d'une pneumonie et d'une défaillance cardiaque. On ne se demande pas s'il a trois maladies et il existe des tests pour valider chaque diagnostic. En psychiatrie, il arrive fréquemment qu'une personne reçoive un diagnostic d'anxiété généralisée, de dépression majeure et de phobie sociale. Est-elle affligée de trois troubles différents ou sont-ce trois manifestations d'une même souffrance? De surcroît, ces trois affections seront traitées avec la même famille de médicaments.

Des seuils arbitraires

Certains diagnostics requièrent la présence de peu de critères, pendant que d'autres en exigent plusieurs. Le trouble des conduites requiert la présence de 3 critères sur 15 et la dépression majeure, de 5 critères sur 9 pour une période de deux semaines. Pourquoi cinq et non quatre ou six, et pourquoi deux semaines ?

Prenons trois cas : A exhibe huit des neuf critères; B se plaint d'insomnie, de fatigue, de manque de concentration, de tristesse et se sent dévalorisé; C souffre de fatigue, d'insomnie, de dévalorisation et de tristesse. A et B recevront un diagnostic de dépression majeure, mais pas C. Pourtant B ressemble davantage à C qu'à A. Ceux qui reçoivent le même diagnostic doivent raisonnablement se ressembler et présenter des caractéristiques qui les différencient des autres.

Observons que certains critères de la dépression majeure se répètent ou découlent de ceux qui précèdent. Si une personne présente une « humeur dépressive », n'est-il pas normal qu'elle éprouve une « diminution marquée » du plaisir? Si elle souffre de « ralentissement psychomoteur », elle sera fatiguée. Si elle fait de l'insomnie, on doit s'attendre à ce qu'elle éprouve de la fatigue, de la difficulté à se concentrer et se sente dévalorisée.

Omission/dépréciation du contexte

En focalisant sur les symptômes, comme si le symptôme était plus important que la personne, le DSM ne tient pas compte de son histoire de vie, ses questionnements existentiels, ses conflits intérieurs, ni du contexte social, culturel, ethnique, écologique. En ce qui a trait à l'écologie, comment les substances neurotoxiques peuvent-elles perturber le cerveau et induire des symptômes *apparentés* aux troubles recensés dans le DSM?

Cela dit, il est normal de déprimer quand on a perdu un être cher, qu'on a été victime d'une catastrophe naturelle ou d'un conjoint violent, et il faut s'attendre à ce qu'un enfant soit inattentif quand il rentre à l'école le ventre vide. Ça ne veut pas dire que ces personnes sont atteintes de maladie mentale et qu'elles ont le cerveau cassé. Inversement, ça ne veut pas dire qu'elles ne souffrent pas et qu'elles n'ont pas besoin d'aide. La médicalisation de ces réponses « est le propre d'une société qui ne sait ni accueillir ni gérer les émotions » (Landman, 2013).

Remarquons une particularité : l'exception du deuil. Le DSM-III suggérait d'attendre un an – la personne avait encore le temps de faire son deuil – et le IV, deux mois avant de poser un diagnostic de dépression majeure (Gelenberg, 2013). Pourquoi ne pas avoir étendu cette exception aux cas susmentionnés?

Les émotions et les comportements suite à un stress environnemental sont attribués à la personne (son cerveau dit dysfonctionnel) plutôt que d'être conçus comme une réponse attendue aux circonstances sociales et à son histoire de vie. Les psychologues et les sociologues ont mis au point le concept d' « erreur d'attribution » pour décrire cette faute. C'est comme si l'on tentait d'expliquer pourquoi les gens arrêtent aux feux rouges en attribuant ce comportement à un trait de personnalité plutôt qu'à une convention sociale.

Plusieurs de mes étudiants, comme ceux du psychologue social Günter Bierbrauer, confrontés aux résultats de la célèbre expérience de Milgram, commettaient la même erreur en attribuant le comportement des sujets à leur personnalité : ils étaient « sadiques », « mal dans leur peau », etc. Autrement dit, ils négligeaient copieusement le poids des circonstances extérieures et postulaient, conformément à nos théories libérales du libre arbitre, que les causes de leurs conduites résidaient en l'individu lui-même (Beauvois, 1994).

Si l'hypothèse biologique s'impose, c'est qu'on a artificiellement détaché le comportement et les émotions du contexte qui les a engendrés.

Des critères facultatifs?

Le DSM permet de poser un diagnostic même si le sujet n'atteint pas le nombre de critères requis (*DSM-IV*, p. xxiii). Robert Spitzer a déjà soutenu que : «...les critères ne seraient que des 'suggestions' et tout clinicien serait libre de les utiliser à sa discrétion » (Spitzer, Endicott, & Robins, 1975). Cette suggestion fut rejetée. Néanmoins, à partir du DSM-III, jusqu'à la toute dernière version, les manuels signalent que les critères diagnostiques sont des « guides » et non des règles rigides (*DSM-5*, 2013, p. 21).

Dans les cas complexes n'entrant pas dans les cases prévues par le DSM, le clinicien pouvait avoir recours à l'option « non spécifié », largement utilisée pour certains diagnostics (troubles alimentaires, troubles de la personnalité). Trouvant cette option gênante, le DSM-5 propose un changement à deux options : il reprend l'option « non-spécifié » et ajoute « autre spécifié », cette dernière exigeant que le clinicien fournisse une raison pour justifier son diagnostic (APA, 2013, p. 15).

Certains troubles apparaissent et disparaissent au gré des pressions politiques. Le syndrome du stress post-traumatique est ajouté au DSM suite aux pressions des vétérans; à juste titre, l'homosexualité en est retirée.

Dans ces conditions, comment s'étonner si Thomas Insel disqualifiait le DSM comme outil diagnostique en raison de « son manque de validité », notamment parce qu'il est fondé sur des listes de symptômes (Insel, 2013). La conformité aux catégories du manuel ne sera plus une condition pour obtenir des subventions de recherche. Par exemple, le NIMH financera les recherches focalisant sur les « gènes communs » à trois troubles tels que la schizophrénie, la bipolarité et la dépression majeure (NIMH, 2011).

AUTOCRITIQUE DES MAÎTRES DE LA PSYCHIATRIE DESCRIPTIVE

Les sorties d'Allen Frances et de Robert Spitzer constituent ni plus ni moins qu'un désaveu de larges pans du DSM.

En 2007, dans une entrevue à la BBC, 27 ans après la publication du DSM-III, Robert Spitzer y allait de cette déclaration troublante : « Nous avons évalué la prévalence des troubles mentaux les plus répandus en nous appuyant sur leur description, sans considérer qu'ils pouvaient être des réactions normales et non de véritables troubles. Voilà le problème. » (Documentaire, 2011). Il ajoutait : les critères du DSM ont donné naissance à un « taux exagéré de troubles mentaux » (AHRP, 2012).

En 1991, il déclarait que si la science avait été un prérequis pour la création d'un nouveau diagnostic, le DSM-III aurait été « incapable d'inclure plus de 200 catégories, la plupart desquelles l'ont été seulement sur la base du jugement clinique des experts » (cité par McNally, 2011, p. 34).

Allen Frances qui dirigeait les travaux du DSM-IV, a sorti l'artillerie lourde contre la cinquième version du manuel. Pour reprendre l'image du psychothérapeute Gary Greenberg, il s'est mis à tirer des grenades dans le bunker qu'il a déjà occupé (Greenberg, 2011). À propos du DSM-5, il écrivait en 2009, qu'il «... inondera le monde de faux positifs » (Frances, 2009). En 2011, il stigmatisait la puissance du marketing des sociétés pharmaceutiques, de l'internet et des organisations de patients – financées par l'industrie – pour avoir « engendré un nombre de fausses épidémies, de modes en matière de diagnostics psychiatriques » (Frances, 2011), et il s'inscrivait en faux contre le fait que la « détresse quotidienne [ait été] transformée en trouble mental... ». Il assumait la responsabilité pour la fausse épidémie de bipolarité juvénile et du syndrome d'Asperger.

UNE FAUSSE ÉPIDÉMIE : SURDIAGNOSTIC ET SURTRAITEMENT

On commence à comprendre l'ampleur du sur-diagnostic et du sur-traitement en médecine générale. Aux États-Unis, le projet *Choosing Wisely*, qui s'étend à 25 spécialités médicales, a identifié plus de 130 tests et traitements inutiles susceptibles de causer des torts (Choosing Wisely, 2013). Les *Archives of Internal Medicine* tient une chronique intitulée « Moins, c'est plus » (*Less is More*) et une conférence internationale « Prévenir le sur-diagnostic » (*Preventing Overdiagnosis*) s'est tenue au New Hampshire en septembre 2013. Pour les raisons évoquées précédemment, ce problème se pose avec beaucoup plus d'acuité en psychiatrie.

Pour toutes sortes de raisons (bonnes intentions, urgence d'intervenir, peur des poursuites et des blâmes des associations professionnelles), la crainte d'échapper un cas est largement répandue. L'argument qui est évoqué la plupart du temps veut que plusieurs personnes soient sous-diagnostiquées. Tout d'abord, ceci n'est pas une excuse pour justifier le sur-diagnostic. Ensuite, et surtout, comme nous le verrons, il existe des raisons de croire que l'erreur de loin la plus fréquente consiste à sur-diagnostiquer, ce qui peut provoquer des interventions n'entraînant aucun bénéfice et causant des torts parfois irréparables.

L'évaluation, au moyen de l'entrevue structurée du DSM, de 5639 patients presque tous sous médication, ayant été identifiés comme

déprimés en clinique, montre que 61,4 % ne remplissent pas les critères diagnostics de la dépression majeure (Mojtabai, 2013).

Zimmerman et collègues ont utilisé l'entrevue structurée du DSM-IV (SCID) pour évaluer 700 patients ambulatoires, dont 145 avaient reçu un diagnostic de bipolarité. La majorité, soit 56,6 % de ceux et celles ayant reçu l'étiquette ne répondaient pas aux critères (Zimmerman, 2008).

Le DSM-III établissait la prévalence du TDAH à 3 % en 1980; la version révisée du DSM-IV, le DSM-IV-R, publiée en 2000, portait la prévalence à 7 %. Selon les dernières évaluations des Centers for Disease Control, 11 % des enfants reçoivent maintenant l'étiquette. À mesure que la définition du TDAH s'élargissait — passage de huit à six critères dans le DSM-IV — on assistait à une inflation des diagnostics (Kirk, 2004). Pour les raisons déjà évoquées, il est impossible d'attribuer cette augmentation au raffinement des outils diagnostics.

En 2004, Stuart Kirk a fait l'exercice avec trois diagnostics pédiatriques, dont le TDAH. En assumant que le diagnostic soit valide, pour chaque tranche de 1000 enfants dépistés conformément aux critères du DSM, environ 4,5 passeraient sous le radar pendant que 370 seraient de faux positifs¹ (Kirk, 2004).

En effet, le TDAH fait souvent l'objet d'un faux diagnostic. Les garçons d'une même classe qui sont plus jeunes que leurs camarades sont 30 % plus susceptibles d'encaisser le diagnostic et 40 % plus à même d'être médicamentés. Pour les filles, les chiffres sont respectivement de 70 % et 75 % (MedlinePlus, 2012). Plusieurs études ont lié les problèmes d'inattention à divers troubles du sommeil et les enfants des quartiers défavorisés sont plus susceptibles de recevoir le diagnostic. En outre, un déficit de sommeil peut se traduire par de l'anxiété, de la dépression et des conduites agressives (Thakkar, 2013).

Le déficit du sommeil serait causé par des problèmes médicaux tels que l'apnée ou attribuables aux habitudes de vie et aux exigences de performance auxquelles les enfants et les parents sont soumis. En 1987,

1. Ce calcul est rendu possible en évaluant la sensibilité et la spécificité des critères. Plus la définition d'un trouble est large, plus la sensibilité est élevée, plus il est facile d'appliquer le diagnostic et aucun cas n'est manqué. En contrepartie, la possibilité de faux positifs augmente au détriment de la spécificité. Par exemple, le critère « Femme » pour déterminer qui est enceinte ne manque aucun cas, mais commet l'erreur d'identifier plusieurs femmes comme l'étant. Une équipe, dont faisait partie Robert Spitzer, a calculé que la sensibilité avec six critères pour le TDAH était de 91 %, alors que la spécificité s'élevait à 61 %. Ces données permettent de calculer le nombre de faux positifs et de faux négatifs à partir des taux de prévalence recensés au DSM (Kirk, 2004).

le critère du sommeil agité fut enlevé de la liste des symptômes du DSM-IV-R, ce qui constitue une occasion ratée pour établir le diagnostic adéquat.

Les taux de prévalence du TDAH en France, varient entre 0,5 % et 1,5 %, ce que semble confirmer un article de janvier 2009 du journal du Centre national de la recherche scientifique, signalant pour la France, 9000 cas d'hyperactivité (Zeitoun, 2009). Quant au chiffre de 3,5 % qui flotte dans l'air, il provient d'une enquête téléphonique auprès des parents. Bonjour la rigueur scientifique! Nos cousins n'utilisent pas le DSM, mais la *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (Wedge, 2012).

La Floride a entrepris un programme exigeant que les ordonnances de neuroleptiques atypiques prescrits hors indication aux enfants de moins de 6 ans soient réévaluées par un psychiatre indépendant. Résultat : leur nombre a chuté de 75 %. Trois pédiatres sur quatre (72 %) prescrivent des psychotropes et 8 % estiment qu'ils ont la formation nécessaire (Olfman & Robbins, 2012).

Les neuroleptiques atypiques sont prescrits et promus illégalement pour des affections pour lesquelles ils ne sont pas autorisés : TDAH, insomnie, colère, anxiété, agressivité, dépression, etc.¹

En 2005, David Graham de la FDA, évaluait que ces prescriptions hors indication, particulièrement destinées aux segments les plus vulnérables, enfants et vieillards atteints de démence, étaient à l'origine de 62 000 morts excédentaires. Les essais des laboratoires montrent qu'ils augmentent de 70 % le taux de mortalité des résidents des maisons de retraite souffrant de démence par rapport au groupe placebo. Au Canada, environ 30 % des pensionnaires des maisons de retraite se les font prescrire; en Colombie-Britannique, ce taux grimpe à 50 % (Stueck, 2012).

C'est grâce à la publicité des mondiales du médicament, qui ont versé plusieurs milliards de dollars en amendes, notamment pour promotion frauduleuse et surfacturation des programmes d'assurance gouvernementaux (Almashat & Wolfe, 2012), que les neuroleptiques atypiques figurent parmi les médicaments les plus prescrits aux États-Unis. En 2011, Abilify et Seroquel se classaient respectivement au quatrième et sixième rang des ventes (*The Top Prescription Drugs...*, 2013); et en 2012, Abilify s'était hissé au premier rang. Or, ces produits sont

1. Les médecins peuvent prescrire un médicament pour n'importe quelle indication, mais la loi interdit aux sociétés pharmaceutiques de faire de la promotion pour des usages qui ne sont pas approuvés par les autorités sanitaires. Trois antipsychotiques atypiques sur neuf ont été approuvés pour la dépression résistante

essentiellement approuvés pour 2 % de la population, à savoir schizophrénie et bipolarité.

LE DSM-5

Étant dans l'impossibilité de concrétiser le changement de paradigme tant souhaité, les promoteurs du DSM-5 se sont rebattus sur deux choses : 1. Ils ont aboli les axes, « qui n'étaient pas requis pour fonder un diagnostic » (APA, 2013, p. 16), et « introduit » une perspective dimensionnelle dans la confection des diagnostics; 2. Ils ont persévéré dans la même voie que les autres versions du manuel — savoir changer, modifier, ajouter des troubles mentaux. Ces modifications et ajouts ont suscité d'immenses controverses.

L'approche dimensionnelle du DSM-5 : un miroir aux alouettes

Le DSM-5, tout comme son prédécesseur, reconnaît certaines limites à l'approche catégorielle. Les auteurs du manuel jugent qu'il est prématuré de fournir de nouvelles définitions pour la plupart des troubles (APA, 2013, p. 13).

L'approche catégorielle trace des frontières, pour ainsi dire « naturelles », délimitant le normal du pathologique, et elle sépare les troubles mentaux comme autant d'entités différentes les unes des autres. La personne a ou n'a pas le trouble en question : c'est « oui » ou « non ».

D'après l'approche dimensionnelle du DSM-5, les troubles mentaux doivent être évalués selon la gravité des symptômes. Ils se présentent sur un continuum allant de l'absence de trouble à son expression la plus extrême et certains troubles présenteraient des bases génétiques ou neuronales communes. Les différents espaces sur le continuum seraient quantifiables et traduisibles en fonctions mathématiques (APA, 2013a).

Pour Frances (2010) et Greenberg (2013), cette approche a été bricolée pour remplir le vide laissé par le toujours fuyant changement de paradigme fondé sur la biologie, désir affiché depuis longtemps. Sur les 15 pages consacrées à l'approche dimensionnelle, le DSM-5 propose une explication théorique élémentaire, accompagnée d'une dizaine de pages de tableaux sous forme de questionnaires ayant pour but de mesurer la gravité des symptômes (APA, 2013, p. 733-748). Mais cette approche quantitative existe déjà. Prenons deux exemples : d'une part, l'échelle Hamilton mesurant la gravité de la dépression et d'autre part, la *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)* qui évalue les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie. Plusieurs observateurs soulignent que ces outils sont fort peu utilisés et très peu appréciés des cliniciens (Frances,

2009). Max Hamilton n'employait pas sa propre échelle dans sa pratique (St-Onge, 2013, p. 156).

Rajiv Tandon, membre du groupe de travail sur la schizophrénie, signalait : « D'une part, l'évaluation dimensionnelle est nouvelle parce que les cliniciens ne la font pas de manière formelle. D'autre part, elle n'est pas nouvelle, parce qu'ils la font, dans leur tête, de manière informelle » (Tandon, 2013).

Il existe plusieurs façons contradictoires d'entrevoir la dimensionnalité. Dans sa version forte, elle remet en question le modèle médical de la maladie mentale (Demazeux, 2008). Dans l'esprit des promoteurs du DSM et de la direction du NIMH, l'approche dimensionnelle a pour but, au contraire, de rapprocher la psychiatrie du modèle médical. Dans un article au titre insolite, *DSM-5 – The Future Arrived* – c'est précisément ce qui n'est pas arrivé – David Kupfer et Darrell Regier écrivent : « Plusieurs révisions du DSM-5 aideront la psychiatrie à mieux ressembler au reste de la médecine, incluant l'utilisation des approches dimensionnelles, (par exemple, quantitatives)... L'utilisation de seuils existant sur un continuum de normalité se retrouve en médecine générale pour la pression sanguine et le cholestérol; ces seuils aident les médecins à détecter une pathologie et déterminer l'intervention appropriée » (Kupfer *et al*, 2013, p. 1691).

Ces exemples sont particulièrement mal choisis. Avec le diabète de type 2, le traitement de l'hypertension légère et du cholestérol font partie des domaines parmi les plus controversés de la médecine, obéissant à la philosophie du « toujours plus bas » (*the lower the better*). Ces marqueurs sont des facteurs de risque ayant été transformés en maladies afin de recruter de nouvelles clientèles.

Il est impossible de résumer la controverse, des dizaines de milliers de pages ayant été consacrées au sujet. Nombre de spécialistes ont souligné que les seuils de la tension artérielle, du cholestérol et du taux de sucre méritant médication, ont été abaissés plus ou moins arbitrairement (St-Onge, 2008). À titre d'exemple : un article de la collaboration Cochrane, regroupant des médecins et des chercheurs volontaires un peu partout sur la planète, ne recevant aucun financement de l'industrie, et représentant ce qui se fait de mieux en matière d'analyse des essais cliniques, remet en question le traitement de l'hypertension légère chez les bien-portants. Près de 9000 participants, traités de 4 à 5 ans, ont été comparés à des sujets sous placebo. Les auteurs concluent : « Les antihypertenseurs dans le traitement des adultes en prévention primaire, affichant une tension légère (systolique de 140 à 159 et/ou diastolique de 90-99, n'ont pas démontré de réduction de la mortalité et de la morbidité dans les essais randomisés »

(Diao, Wright, Kundiff, & Gueyffier, 2012, p. 8). Neuf pourcent des patients ont discontinué leur traitement en raison des effets indésirables.

Si l'approche catégorielle est dans l'impasse, il est illusoire de penser que l'approche dimensionnelle, version DSM, réglera les problèmes de fiabilité et de validité des diagnostics. Évaluer la sévérité d'un symptôme sur un continuum, c'est encore se fonder sur les symptômes et c'est reporter le problème en avant. Où le curseur sera-t-il placé sur le continuum? Par ailleurs, cette approche fait courir le risque d'être par trop inclusive, comme le signale Joel Paris, psychiatre et professeur à McGill. Ceux et celles qui arborent des symptômes légers ou modérés risquent d'être faussement diagnostiqués avec un trouble plus grave (Paris, 2013).

Les nouvelles entrées au DSM-5

Le DSM-5 a fait l'objet d'une opposition sans précédent. Les campagnes *Boycott DSM* aux États-Unis et *Stop-DSM* en France ont vu le jour. Des pétitions ont recueilli des milliers de signatures et plusieurs organisations professionnelles comme l'*American Psychological Association*, appuyée par 50 organisations de psychologie à travers le monde, et la *British Psychological Society* ont fait connaître leurs objections. Par ailleurs, des centaines, voire des milliers d'articles ont critiqué les nouvelles entrées au manuel. Pour la première fois, cette opposition venait de l'intérieur et se distinguait par son ampleur. Allen Frances, président des travaux du DSM-IV, s'est particulièrement démarqué sur ce plan. Comme les pages précédentes abordaient la question indirectement et puisqu'il existe une abondante littérature sur le sujet, contentons-nous de quelques observations.

- Le DSM-5 élimine la clause d'exclusion de deux mois pour un diagnostic de dépression majeure suite à un deuil. Si le passé est garant de l'avenir, la présence d'une baisse de l'estime de soi comme garde-fou et la tentative du DSM-5 de différencier entre le chagrin causé par un deuil et la détresse due à la dépression majeure n'empêcheront pas la médicalisation du deuil, (APA, 2013, p. 161). Le fabricant du Prozac, Lilly, mène des essais cliniques en vue d'une approbation du Cymbalta pour cette indication (Pearson, 2013). Bref, la porte s'ouvre toujours plus largement à la prescription de médicaments. Ce n'est pas la première fois qu'on abaisse les seuils diagnostics : on l'a fait pour le syndrome de stress post-traumatique, la phobie sociale, le TDAH, etc. En diminuant le nombre de critères méritant un diagnostic de déficit de l'attention, les experts s'attendaient à une hausse des diagnostics de 15 %, il y en eut 200 %. Le DSM-5 poursuit dans la même voie. Le diagnostic devait être porté avant l'âge de 7 ans; maintenant cette limite est repoussée à l'âge de 12 ans. Par ailleurs, les nouvelles entrées se traduisent généralement par une

inflation de diagnostics : les experts du DSM croyaient que le syndrome d'Asperger était rare. Après son entrée au DSM-IV, l'augmentation fut de 2000 % (St-Onge, 2013, chap. 4).

- Vieillir deviendra une maladie avec le « trouble neurocognitif léger », requérant un déclin cognitif « modeste » sans impact sur le fonctionnement normal (APA, 2013, p. 605). Or, qu'est-ce qu'un déclin modeste? Comme d'autres versions du manuel, le DSM-5, transforme les phases normales de la vie en troubles mentaux, passibles d'un traitement médicamenteux. Verrons-nous l'industrie se précipiter sur ce nouveau diagnostic pour mettre au point une nouvelle pilule? L'ancien président d'Upjohn, fabricant du Xanax, racheté par Pfizer, déclarait : « Regardez, il y a trois raisons pour lesquelles Upjohn s'intéresse à ces diagnostics : la première est l'argent; la deuxième est l'argent; la troisième est l'argent » (Lane, 2007).
- La redéfinition du trouble de la somatisation inscrite au DSM-IV, renommé « trouble des symptômes somatiques », fera sans doute pâlir toutes les nouvelles entrées du DSM en matière de sur-diagnostic. Dans le DSM-IV, vous deviez présenter huit symptômes inexplicables avant l'âge de 30 ans. Le DSM-5 réduit le diagnostic à un seul symptôme qui vous cause une angoisse « excessive » sur une période de six mois. Au cours des tests de fiabilité du DSM-5, un cardiaque et un cancéreux sur six, et une personne sur quatre atteinte du « syndrome du côlon irritable » se qualifiaient pour le diagnostic. En plus du cancer ou du diabète, vous porterez un fardeau supplémentaire, celui de malade mental. Au-delà de la stigmatisation, les symptômes de détresse psychologique feront-ils écran pour empêcher l'investigation approfondie des symptômes somatiques? (Frances, 2012b).
- Les promoteurs du « syndrome du risque psychotique » ont dû reculer devant l'opposition farouche de plusieurs experts dont Frances et McGorry (ce dernier y était favorable et a changé d'avis) qui s'est manifestée à l'inclusion de ce nouveau trouble au DSM. Des études montrent qu'il y aurait, potentiellement jusqu'à 90 % de faux positifs, autant de jeunes qui seraient susceptibles de recevoir de puissants neuroleptiques pour une « maladie » qui ne se déclarera jamais (Frances, 2012c). Ce syndrome a cependant été relégué à l'annexe, signifiant qu'il requiert des recherches plus approfondies. Soulignons que le « trouble dysphorique prémenstruel », un syndrome prémenstruel extrême, figurait à l'annexe du DSM-IV. Il a fait le saut au DSM-5 comme « maladie mentale » avérée!
- D'autres entrées au DSM-5 sont tout aussi problématiques : soulignons l'hyperphagie boulimique, à savoir la tendance à s'empiffrer une fois par semaine sur trois mois et le trouble de dérégulation de l'humeur explosive (Frances, 2012a).

CONCLUSION

Les considérations que nous venons d'évoquer remettent sérieusement en question la fiabilité et la validité des diagnostics du DSM. Les critères sont subjectifs, répétitifs, arbitraires et ne tiennent pas compte du contexte. Ils transforment des personnes vivantes en abstractions en les réduisant à des porteurs de symptômes. Des problèmes sociaux et médicaux sont ainsi métamorphosés en troubles psychiatriques. À la clé : sur-diagnostic et sur-traitement qui peuvent avoir et ont des conséquences néfastes.

Pourtant, il existe des alternatives au traitement médicamenteux de la détresse psychologique, y compris pour les pathologies les plus lourdes. Mais c'est un autre débat.

Il est étonnant que le discours de la bio-psychiatrie qui domine en matière de santé mentale, discours repris par les médias, se soit imposé en dépit de l'absence de preuves que les troubles mentaux ont une origine organique, ce qui a donné naissance à toutes sortes de dérives.

Allen Roses, vice-président de GlaxoSmithKline, une des mondiales du médicament, affirmait en 2003, à propos des médicaments toutes catégories confondues : « Plus de 90 % des médicaments fonctionnent chez 30 à 50 % des gens » (St-Onge, 2013, p. 38).

Le docteur Fernand Turcotte, professeur émérite à l'université Laval, rappelait que : « Parmi toutes les souffrances humaines, ce sont celles pour lesquelles on ne peut trouver d'explications dans la physiopathologie qui constituent les prés les plus attirants pour les marchands d'huile de serpent » (Turcotte, 2013).

RÉFÉRENCES

- AHRP. (2012). Alliance for human research protection. *Vicissitudes of psychiatry's diagnostic manual revisions*. Récupéré de <http://www.ahrp.org/cms/content/view/849/55/>
- Almashat, S., & Wolfe, S. (2012). *Pharmaceutical industry criminal and civil penalties : an update*. Récupéré de www.citizen.org/hrg2073
- American Psychiatric Association. (2010). *Treating major depressive disorder: a quick reference guide, APA practice guidelines*. Récupéré de Psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1663263
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition. DSM-5*. Arlington VA: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association (2013a). *DSM-5's integrated approach to diagnosis and classifications*. Récupéré de <http://www.psychiatry.org/File%20Library/Practice/DSM/DSM-5/DSM-5-Integrated-Approach.pdf>
- Beauvois, J. L. (1994). *Traité de la servitude libérale. Analyse de la soumission*. Paris : Dunod.

DSM : Fiabilité et validité des diagnostiques

- Carney, J. (2013). *The DSM-5 field trials: inter-rater reliability ratings take a nose dive*. Récupéré de <https://www.madinamerica.com/2013/03/the-dsm-5-field-trials-inter-rater-reliability-ratings-take-a-nose-dive/>
- Chmura Kraemer, H., Kupfer, D. J., Clarke, D. E., Narrow, W. E., & Regier D. A. (2012). *DSM-5: how reliable is reliable enough?* American Journal Of Psychiatry. Récupéré de <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=181221>
- Choosing Wisely, (2013). Récupéré de <http://www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/>
- Cosgrove, L., Bursztajn, H. J., Krinsky, S., Anaya M., & Walker, J. (2009). *Conflicts of interest and disclosure in the American Psychiatric Association's clinical practice guidelines*, Psychother Psychosom, 78, 228-232.
- Demazeux, S. (2008). *Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées?* Philonsorbonne n° 2/Année 2007-08. Récupéré de <http://edph.univ-paris1.fr/phs2/demazeux.pdf>
- Diao, D., Wright, J. M., Kundiff, D. K., & Gueyffier, F. (2012). *Pharmacotherapy for mild hypertension* (review). *The Cochrane Library*. Récupéré de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006742.pub2/abstract>
- Documentaire (2011). *Le marketing de la folie*. Citation de R. Spitzer à 32.30 minutes, CCDH.
- DSM-IV-TR. (1994). Traduction française, texte révisé. APA, Masson.
- Frances, A. (2009). *A Warning sign on the road to DSM-V: beware of its unintended consequences*. Psychiatric Times. Récupéré de <http://psychiatrictimes.com/display/article/10168/14253378>
- Frances, A. (2010). *DSM 5 and dimensional Diagnosis — biting off more than it can chew*. Psychiatric Times, www.psychiatrictimes.com/articles/dsm5-and-dimensional-diagnosis--biting-more-it-can-chew
- Frances, A. (2011). Cité par Ian Brown, *Where is its mind? What the battle over the « Bible » says about psychiatry*. The Globe And Mail, 9 juillet 2011.
- Frances, A. (2012a). *DSM 5 is guide not bible — Ignore its ten worst changes*. Psychology Today. Récupéré de <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/dsm-5-is-guide-not-bible-ignore-its-ten-worst-changes>
- Frances, A. (2012b). *Mislabeling medical illness as mental disorder*. Psychology Today. Récupéré de <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/mislabeling-medical-illness-mental-disorder>
- Frances, A. (2012c). *Definitive study rejects the diagnosis of "psychosis risk" and finds no treatment benefit*. Psychology Today. Récupéré de <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201204/definitive-study-rejects-the-diagnosis-psychosis-risk>
- Freedman, R., Lewis, D. A., Michels, R., Pine, D. S., Schultz, S. K., Tamminga, C. A., et al. (2013). *The initial field trials of DSM-5 : New blooms and old thorns*. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 1-5. <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=1555604>.
- Gelenberg, A. (2013). *Bereavement and major depressive disorder*. *Journal Of Clinical Psychiatry*. Récupéré de <http://www.cmeinstitute.com/psychs-talk/Default.asp?url=gelenberg1.asp>
- Glenmullen, J. (2005). *Prozac backlash. Overcoming the dangers of Prozac, Zoloft, Paxil and other antidepressants with safe, effective alternatives*. New York: Simon and Shuster Paperback.
- Greenberg, G. (2011). *Inside the battle to define mental illness*. *Wired Magazine*. Récupéré de http://www.wired.com/magazine/2010/12/ff_dsmv/all/
- Greenberg, G. (2013). *Does the American Psychiatric Association have a death wish*. Récupéré de <http://www.garygreenbergonline.com/w1?p=249>.
- Hacking, I. (2013). *Lost in the forest*. *London Review of Books*. Récupéré de <http://www.lrb.co.uk/v35/n15/ian-hacking/lost-in-the-forest>
- Horwitz, A.V. (2002). *Creating mental illness*, Chicago et Londres: The University of Chicago Press.
- Kirk, S.A., & Kutchins, H. (1994). *The myth of the reliability of DSM*. *Academy for the study of the psychoanalytic arts*. Récupéré de www.academyanalyticarts.org/kirk&kutchins.htm
- Kirk, S. A. (2004). *Are children's DSM diagnoses accurate?* *Brief Treatment and Crisis Intervention* 4(3). Oxford University Press. Récupéré de <http://btci.stanford.clockss.org/cgi/reprint/4/3/255.pdf>

DSM : Fiabilité et validité des diagnostiques

- Kirk, S. A., Gomory, T., & Cohen D. (2013). *Mad Science. Psychiatric coercion, diagnosis, and drugs*. New Brunswick, NJ : Transaction Publishers.
- Kupfer, D. J., First, M. A., & Regier, D. A. (2002). (Éds). *A research agenda for DSM-V*. Washington, DC : APA.
- Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., & Regier, D. A. (2013). DSM-5 — The future arrived. *Journal of The American Medical Association*, 309(16), 1691-1692. Récupéré de http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/DSM-5_Future_Arrived_JAMA_jvp130041_1691_1692.pdf
- Insel, T. (2009). Translating scientific opportunity into public health impact. A strategic plan for research on mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 128-133. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19188534>
- Insel, T. (2013). *Transforming diagnosis*. Repéré à <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Landman, P. (2013). *Tristesse Business, le scandale du DSM-5*. Paris : Éditions Max Milo.
- Lane, C. (2007). *Shyness: How normal behavior became a sickness*. New Haven, CT : Yale University Press.
- Leduc, M. (2010). *La potion magique existe déjà*. Cent Papiers. Récupéré de <http://centpapiers.com/?p=51015>
- Lindsley, C. W. (2012). The top prescription drugs of 2011 in the United States : antipsychotics and antidepressants once again lead CNS therapeutics. *ACS Chemical Neuroscience*, 3, 630-631. Récupéré de <http://pubs.acs.org/doi/abs/10.1021/cn3000923>
- McNally, R. J. (2011). *What is mental illness?* Cambridge, MA : The Belknap Press of the Harvard University Press.
- MedlinePlus. (2012). *Youngest kids in class may be more likely to get ADHD diagnosis*, MedlinePlus. Repéré à www.nlm.nih.gov/medlineplus/news/fullstory_131458.html
- Mini DSM-IV-TR (2004). *Critères diagnostiques APA*. Paris : Elsevier Masson.
- Mojtabai, R. J. (2013). Clinician-identified depression in community settings: concordance with structured-interview diagnoses. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(3), 161-9. Récupéré de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23548817>.
- Nestler, E. J. (2013). The origins of molecular psychiatry. *Journal of Molecular Psychiatry*, 1(3), 1-2. Récupéré de <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/2049-9256-1-3.pdf>
- Phend, C. (2011). Comorbidities common with ADHD. *Medpage Today*. Repéré à <http://www.medpagetoday.com/Pediatrics/ADHD-ADD/24722>
- NIMH (2011). *Research domain criteria (RDoC)*. Repéré à <http://nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml>
- Olfman, S., & Robbins, B. D. (2012). (Éds), *Drugging our children. How profiteers are pushing antipsychotics on our youngest, and what we can do to stop it*. Santa Barbara, CA : Praeger.
- Paris J. (2013). DSM-5: Handle with care. *The Neuropsychotherapist*. Récupéré de <http://www.neuropsychotherapist.com/dsm-5-handle-with-care/>
- Pearson, P. (2013). When did life itself become a treatable mental disorder. *The Globe And Mail*. Récupéré de <http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/when-did-life-itself-become-a-treatable-mental-disorder/article11584092/?page=all>
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (1975). Clinical criteria for psychiatric diagnosis in DSM-III ». *American Journal of Psychiatry*, 132, 1187-1192.
- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Robins, E. (2007). Citations tirées d'une entrevue de Robert Spitzer avec le documentariste Adam Curtis, reprises in *Why it's OK to be depressed sometimes*. Récupéré de <http://www.spring.org.uk/2007/03/why-its-ok-to-be-depressed-sometimes.php> (voir également, Alliance for Human Research Protection. Récupéré de <http://www.ahrp.org/cms/content/view/849/55/>)
- St-Onge, J.-C. (2008). *L'envers de la pilule. Les dessous de l'industrie pharmaceutique* (2^e éd.). Montréal : Éditions Écosociété.
- St-Onge, J.-C. (2013). *Tous fous? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*. Montréal : Éditions Écosociété.
- Stueck, W. (2012). Half of elderly in residential care on anti-psychotic drugs. *The Globe And Mail*, 16 janvier 2012. Récupéré de <http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/half-of-elderly-in-residential-care-on-anti-psychotic-drugs/article1358558/>

DSM : Fiabilité et validité des diagnostics

- Tandon, R. (2013). *From DSM-5: four important changes in the diagnosis of schizophrenia*. *Psychiatry Weekly*, 8(1)0. Récupéré de <http://www.psychweekly.com/asp/article/articleDetail.aspx?articleid=1567>
- Thakkar, V.G. (2013). Diagnosing the wrong deficit. *The New York Times Sunday Review*. Récupéré de http://www.nytimes.com/2013/04/28/opinion/sunday/diagnosing-the-wrong-deficit.html?hp&_r=1&
- Turcotte, F. (2013). Commentaire figurant à l'article du docteur Pierre Biron, Tous fous ? Non, pas tous... en tout cas pas assez pour prendre un antidépresseur sans indication formelle ni suivi rapproché ». *L'actualité médicale*, 28 mars 2013.
- Wedge, M. (2012). Why French kids don't have ADHD. *Psychology Today*. Récupéré de <http://www.psychologytoday.com/blog/suffer-the-children/201203/why-french-kids-dont-have-adhd>
- Zeitoun, C. (2009). Enfants hyperactifs : un traitement en débat. *CNRS. Le journal*. Récupéré de <http://www2.cnrs.fr/journal/4178.htm>
- Zimmerman, M., Ruggero, C. J., Chelminski, I, & Young, D. (2008). Is Bipolar Disorder Overdiagnosed? *The Journal of Clinical Psychiatry*. Récupéré de http://article.psychiatrist.com/dao_1-login.asp?ID=10003582&RSID=47972037835171.

Jean-Claude St-Onge¹

Cégep Lionel-Groulx

1. Vous pouvez joindre l'auteur de cette chronique par courriel : saintonge76@gmail.com