Stuart Kirk, Herb Kutchins. *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine.* Traduit de l'anglais (américain). Titre original : *The selling of DSM : the rhetoric of science in psychiatry* (New York : Aldine de Gruyter, 1992). Collection "Les empêcheurs de penser en rond". Paris : Institut Synthélabo pour le progrès et la connaissance, 1998, 400 pages. ISBN : 2-84324-046-8.

Dès son lancement en 1980, le DSM III connut un succès exceptionnel. Succès intellectuel en premier lieu, il généralisait à l'ensemble de la profession psychiatrique (et, de proche en proche, aux médecins, aux psychologues cliniciens, aux infirmiers psychiatriques, aux travailleurs sociaux impliqués dans le champ de la santé mentale, etc.) le débat jusqu'alors confiné à quelques cercles restreints de chercheurs sur la nécessaire mise à jour des classifications psychiatriques, à l'ère encore récente des psychotropes. Succès éditorial, accessoirement : l'envolée inescomptée des tirages de ce véritable best-seller permit à ses promoteurs, soit à l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), de réinvestir d'énormes bénéfices dans une vaste entreprise commerciale, dotée d'une puissante maison d'éditions, l'*American Psychiatric Press*, qui devait tirer tous les avantages possibles des *copyrights,* multiplier les produits dérivés du DSM III (précis d'utilisation pratique, commentaires, manuels d'exemples cliniques, vidéos d'enseignement, etc.), et finir par envahir le marché. Mais surtout, succès institutionnel et idéologique sans précédent, qui a assis durablement le "triomphe de la psychiatrie américaine" (comme l'évoque à propos le titre de ce livre), ce qu'on pourrait appeler, vu du côté des vaincus, son impérialisme. En publiant sa classification, solidement argumentée et bâtie selon des principes jusqu'alors inusités pour les psychiatres (critères diagnostiques opérationnels, classification multiaxiale, définitions reconnues pour provisoires et ouvertes aux révisions successives, etc.), l'APA lançait une OPA mondiale sur la nosographie des troubles mentaux, qui en dépit de ses évidentes faiblesses, de ses naïvetés confondantes, de ses compromis psychopathologiques souvent boiteux, devait bien comporter une part d'innovation impatiemment attendue par la profession, à constater la rapidité de son succès national et international. Quelles que furent les résistances, ici et là, des écoles divergentes, des traditions nationales différentes (rappelons-nous les grimaces qui accueillirent le DSM III en France au début des années quatre-vingt), il est un fait que le DSM III et ses révisions successives se sont imposés comme une référence inévitable, en matière de diagnostic psychiatrique. Depuis 1980, on diagnostique, on traite, on classe, on étudie, on publie, on "épidémiologise", etc., en renvoyant en permanence à ses définitions et à ses critères. Cette hégémonie sur les procédures du diagnostic et, plus profondément, sur le langage commun aux psychiatres, n'a fait que se confirmer durant ces vingt dernières années, et même si, aujourd'hui plus que jamais, les nombreux défauts et les impasses intellectuelles que véhicule le DSM sont régulièrement dénoncés par la plupart des psychiatres, il n'en reste pas moins qu'aucun essai thérapeutique, qu'aucune étude clinique ou épidémiologique sérieuse, ne prend la liberté de faire l'économie de ses critères diagnostiques. La psychiatrie contemporaine, qu'on le veuille ou non, parle DSM III.

Deux sociologues de la connaissance scientifique américains, Stuart Kirk et Herbert Kutchins, se sont tôt intéressés aux raisons du succès, non seulement scientifique, mais aussi bien intellectuel et social, de ce nouveau paradigme nosographique. Travaillant depuis le milieu des années quatre-vingt sur les sources et les fondements scientifiques, mais aussi institutionnels et politiques du DSM III, ils ont réunis une importante documentation, difficile d'accès, sur les années préparatoires du DSM III. Le fil directeur de leur analyse, c'est principalement l'évolution des positions intellectuelles et tactiques, et les agissements, d'un personnage central, le véritable promoteur du DSM III, le psychiatre new yorkais Robert Spitzer. Un personnage que Kirk et Kutchins n'aiment guère, sans pouvoir toutefois dissimuler une certaine admiration pour l'énergie et les talents de négociateur dont il sut faire preuve, tout au long de la longue bataille qu'il a menée pour faire accepter les principes alors "révolutionnaires" du DSM III en gestation, à une APA plutôt réticente au cours des années soixante-dix, en raison notamment du caractère ouvertement antipsychanalytique du projet, tandis que les psychanalystes restaient encore très influents au sein de l'association. Ce livre est donc avant tout le récit d'une prise de pouvoir, celle de l'APA par Spitzer interposé, et quelques uns de ses complices "néo-kraepeliniens", des obstacles rencontrés sur leur chemin, des stratégies développées pour les contourner et parvenir, coûte que coûte, à leur objectif.

Pour comprendre le lancement du projet DSM III, les auteurs commencent par nous rappeller le contexte de l'époque. Dans les années 60-70, la psychiatrie est en butte à des critiques radicales, de la part des sociologues, des mouvements anti-psychiatriques, de divers activismes politiques qui tous dénoncent le "pouvoir psychiatrique" et son territoire gardé, etc., et se trouvent relayés par autant de films grand public efficaces (*Family Life*, *Vol au dessus d'un nid de coucou*, etc.). Tandis que Thomas Szasz nie persuasivement toute valeur autre que répressive au diagnostic psychiatrique, des sociologues habiles (D. Rosenhan, etc.) parviennent à se faire interner et soigner pour schizophrénie, alors qu'ils n'ont fait que répéter ce qu'ils ont pu lire dans n'importe quel manuel de psychiatrie, ruinant encore un peu plus le crédit déjà fort chancelant du diagnostic psychiatrique. Michel Foucault, Thomas Scheff, etc., instruisent le procès historique et sociologique d'une psychiatrie abusive, imbue d'elle-même, autoritaire, instrument au service du "pouvoir" pour contrôler les individus. La question qui se pose alors aux psychiatres paraît donc centrale. C'est tout simplement de la crédibilité du diagnostic en

psychiatrie qu'il s'agit. Outre ces critiques venues de l'extérieur, l'instabilité des diagnostics d'une école psychiatrique à l'autre, la part subjective, de plus en plus consciente, que prend le clinicien dans l'établissement de son diagnostic, partant l'arbitraire diagnostique qui en résulte, sèment le doute dans la profession elle-même quant à ses pratiques diagnostiques, alors résumées de façon succincte par un petit manuel sans prétention, à usage de codage statistique, le DSM II (1968). A l'intérieur de la psychiatrie américaine, la génération montante est anti-freudienne. Elle ne tardera pas à attribuer à l'influence psychanalytique l'origine de toutes ces inconséquences diagnostiques.

L'ensemble de cette problématique va être conceptualisée par plusieurs chercheurs de l'époque (S. Guze et ses collègues de St-Louis, Spitzer et les siens à New York, entre autres), en faisant appel à quelques notions nouvelles : la "fiabilité" diagnostique, la "fidélité" inter-juge, relayées par une technique statistique visant à les quantifier, le "*kappa*". Kirk et Kutchins démontent par le menu les longs débats, posés en termes de "faible fiabilité" des diagnostics, aux temps du DSM II, comme l'atteste notablement la médiocrité des *kappas* obtenus lors d'épreuves de cotations expérimentales. C'est cette fiabilité défaillante que le futur DSM III se donne donc pour tâche de résoudre, en proposant notamment des critères diagnostiques réduisant au maximum la marge d'interprétation subjective laissée aux cotateurs (rêve pieux s'il en fût !). Armés de cette nouvelle technologie du *kappa*, Spitzer et ses fantassins vont se lancer dans la bataille. Ils l'emporteront, montrent Kirk et Kutchins, en déclarant comme officiellement résolue la question de la fiabilité diagnostique, alors qu'elle restera entière. Kirk et Kutchins n'ont aucune peine (et plutôt du plaisir) à nous montrer que les *kappas* d'après le DSM III n'ont pratiquement pas été améliorés, pour la plupart des catégories diagnostiques redéfinies par le nouveau manuel, testées à grands renforts d'"épreuves de terrain", au demeurant peu scientifiques. Ce qui changera, c'est la façon d'en parler, dans les innombrables articles, conférences, colloques, etc., qui ont préparé le lancement du DSM III, puis celui-ci paru, qui ont enfoncé le clou de son apothéose. Avant le DSM III, des *kappas* "moyens" (de l'ordre de 0,4 à 0,7) sont systématiquement considérés comme "mauvais". Après sa parution, les mêmes *kappas,* calculés à partir des nouvelles définitions proposées, seront élogieusement qualifiés "d'excellents". Bref, Kirk et Kutchins se livrent à une analyse impitoyable de ce qu'ils appellent, à juste titre, "la rhétorique", " l'art de l'annonce", "le langage de la réussite", qui ont caractérisé la mise sur pied et le lancement du DSM III. De même interprètent-ils les fameuses études de terrain reportées en annexe, à la fin du DSM III, comme moins que fiables et achevées, et avant tout destinées à renforcer l'autorité scientifique de l'entreprise. C'est ce qu'ils appellent de "la propagande", un moyen politique comme un autre, utilisé par Spitzer et ses adeptes pour légitimer leur démarche, et obtenir l'aval du conseil d'administration de l'APA, afin de mener à bien leurs visées. Au bout du compte, "la fiabilité n'était ni plus ni moins qu'un argument de vente", en arrivent à conclure nos sociologues.

Plusieurs batailles seront ainsi gagnées par Spitzer et ses alliés, que détaillent au passage Kirk et Kutchins, comme par exemple la réintégration des troubles mentaux dans le champ médical, contre la puissante corporation des psychologues, ou l'évacuation du terme de "névrose", malgré l'opposition forcenée des psychanalystes. La plupart de ces controverses, en dépit du caractère affiché de scientificité absolue de la démarche, se régleront par des compromis, des votes, des rapports de force, bref du savoir-faire politique. Ainsi du diagnostic "d'homosexualité", qui sera abandonné en route sous la pression efficace des mouvements gays, au nom des droits civiques, et grâce au flair politique et aux talents de négociateur de Spitzer. De même pour l'entrée du "syndrome de stress post-traumatique", sous l'influence des vétérans du Vietnam et de leurs représentants psychiatres militaires, ou encore, dans le DSM III Révisé (1987), du rejet manqué de "la personnalité masochiste" et "du trouble dysphorique de la phase lutéale" par les associations féministes.

Tous ces exemples sont en effet suffisamment éloquents pour convaincre le lecteur que bien des décisions furent, en dernier ressort, politiques, au lieu d'être scientifiques, comme le proclamait haut et fort la fameuse introduction au DSM III, rédigée par Spitzer. Et c'est ce qui motive l'analyse, principalement politique, de la construction du DSM III à laquelle se livrent les auteurs de ce livre.

Mais est-ce bien saisir les aspects essentiels du problème ? A force de ramener, *a posteriori,* mais sans les rigueurs de la méthode historique, toutes les argumentations des concepteurs des DSM III, III R et IV à de purs artifices rhétoriques au service d'une stratégie de conquête politique, ne risque-t'on pas de passer à côté de tout ce qui fît la substance, les contraintes et les nécessités du DSM III ? C'est là la principale faiblesse de cette brillante analyse socio-politique. Des véritables questions médicales, scientifiques, thérapeutiques, avant tout éthiques, qui se posaient aux psychiatres et ont sous-tendu la difficile élaboration du DSM III, Kirk et Kutchins ne nous disent pas grand chose. Pour eux, les "psychiatres avaient besoin de faire science", c'est à peu près toute la justification qu'ils trouvent à leur entreprise. Comme ils ne manquent pas de le répéter, tout au long de leur livre, les "problèmes de fiabilité faisaient typiquement science", en ce sens qu'ils permettaient d'apparaître "respectable", "légitimé", dans ce que nos deux sociologues ne peuvent concevoir que comme "une stratégie concertée de prise de pouvoir". De quel pouvoir, se demandera-t'on, et par qui ? Du contrôle d'un domaine particulier de problèmes sociaux, nous est-il très pédagogiquement expliqué les problèmes de déviance dite psychiatrique, par un groupe social particulier, le groupe "libéral" des psychiatres (cette ligne d'analyse est d'ailleurs prolongée dans un ouvrage récent des deux mêmes auteurs : *Making us crazy. : the psychiatric bible and the creation of mental disorders. New York : The Free Press, 1997)*. C'est d'une sociologie (obsédée...) du

contrôle social qu'il est en fait question dans ce livre, d'une sociologie qui ne date pas d'aujourd'hui, mais nous ramène curieusement à ces années soixante d'où nous étions partis.
Il est regrettable que la prise en compte des motifs scientifiques historiques, des pressions intellectuelles au changement qui ont effectivement entraîné la longue bataille du DSM III ait été sacrifiée à une analyse qui tient plus de la théorie du complot que de l'histoire sociale des idées et des pratiques médicales. Est finalement passé à la trappe tout ce qui tient à la responsabilité des psychiatres : avant tout la nécessité de soigner leurs patients, et de le faire au mieux, c'est à dire en adaptant, au jour le jour (et certainement en tâtonnant), leurs pratiques diagnostiques à l'évolution des connaissances, aux avancées thérapeutiques en particulier, mais encore l'obligation de vérifier que ces nouvelles thérapeutiques sont réellement utiles. Toute l'entreprise DSM III perd le gros de son sens si l'on ignore délibérément qu'elle visait, avant tout, à répondre à quelques questions élémentaires, qui se sont posées tous les jours aux psychiatres à partir des années 70, celles de l'activité et des indications exactes, comme celles des contre-indications, des nouveaux psychotropes mis à leur disposition, produits tout aussi efficaces que dangereux. Dès l'instant où neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques et lithium (auxquels il faudrait rajouter l'ECT, réévaluée à la suite de ces nouveaux traitements) étaient mis dans les mains de tous les prescripteurs, la décision thérapeutique devenait un enjeu pronostique considérable. Alors que les orientations précédentes de la psychiatrie (psychanalytiques, sociothérapiques, phénoménologiques ou autres) pouvaient se satisfaire de diagnostics des plus approximatifs pour leurs projets thérapeutiques, chaque psychiatre se trouvait désormais disposer d'une puissance d'intervention sans précédent, lui imposant de savoir exactement dans quel cas devait-il trancher pour ou contre, par exemple, un traitement neuroleptique au long cours, ou une lithiothérapie, avec toutes les conséquences gravissimes encourues par son patient en cas d'erreur diagnostique. Lourde responsabilité, lorsqu'on y réfléchit un peu dès l'instant où une étude telle que l'*U.S.-U.K. Project* (*Cooper JE & al., 1972*) avait mis en évidence que pour un échantillon identique de patients, les diagnostics de schizophrénie, d'états maniaques et de mélancolies délirantes pouvaient varier dans des proportions allant de 2 à 13 fois entre deux pays partageant pourtant la même langue, il était devenu impératif de réhabiliter la précision diagnostique, c'est à dire d'en passer par une approche critériologique, déjà routinière dans les autres spécialités médicales nécessitant des repères stricts d'indications, et d'intégrer d'une façon ou d'une autre des symptômes de validation thérapeutique implicites dans la définition des diagnostics psychiatriques, étant entendu que les solutions ne pouvaient tenir que du compromis provisoire, largement imparfait, mais sujet à révisions continues. Ce sont de pareilles contraintes qui justifièrent avant tout la démarche du DSM III. Et au fond, le noyau solide du DSM III, quand on y songe, tient précisément aux questions de cet ordre, qu'il a permis, temporairement, de résoudre : la définition (extensive) des troubles thymiques, permettant tirer le meilleur parti des traitements antidépresseurs et du lithium, la restriction en contrepartie des troubles schizophréniques notoirement sur-diagnostiqués à l'époque, l'insistance sur les troubles neuropsychiatriques et d'étiologie médicale ou toxique, justifiant une intervention codifiée, en sont des exemples parmi d'autres. Pour bien d'autres chapitres cliniques du manuel, appliquant les mêmes méthodes de définition que pour ces pathologies donnant lieu à des décisions diagnostiques et thérapeutiques réglées (avec, notons-le au passage, parmi les tous premiers arbres décisionnels qui font leur apparition en psychiatrie, à la fin du DSM III), par exemple pour le domaine des troubles de la personnalité, pour celui des troubles de l'adaptation, ou celui des troubles du développement de l'enfant, les résultats ont d'emblée paru beaucoup moins convaincants, sinon arbitraires, bien souvent affaire de culture psychiatrique nord-américaine, dans tous les cas sans grande portée clinique. A côté de ces exigences propres à la clinique, d'autres contraintes encore rendaient obligatoire l'établissement d'une nosographie précisément définie : l'évaluation de l'efficacité des innombrables psychotropes envahissant le marché, la technologie des essais thérapeutiques contrôlés, la nécessité d'un langage diagnostique commun, pour les recherches étiologiques, pour l'épidémiologie, etc., la liste serait trop longue pour être citée ici.
Qu'il y ait donc eu beaucoup de rhétorique dans la bataille du DSM III, comme le montre avec force ce livre, cela est aussi certain que, probablement, inévitable. Mais de réduire, comme le font ses auteurs, tout l'enjeu de cette reprise en mains du diagnostic psychiatrique à l'ère des psychotropes à une stratégie rusée de "gestion sociale" au bénéfice du "business psychiatrique", témoigne d'une vision partisane de l'évolution de la psychiatrie, plutôt myope sur les authentiques débats médicaux et éthiques qui l'ont animée au cours des années soixante-dix. On referme ce livre en se disant que l'histoire du DSM III reste à faire. *(Dr A. Bottéro)*