



Cet article présente les grandes lignes d'un nouvel avis du Conseil Supérieur de la Santé concernant l'utilisation du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) pour le diagnostic des affections psychiatriques. Le rapport pointe notamment des lacunes épistémologiques fondamentales, des problèmes de méthodologie scientifique et l'utilisation du DSM pour légitimer certaines pratiques. Le Conseil Supérieur de la Santé (CCS) recommande d'utiliser cet outil avec prudence. Pour la démarche clinique, il est recommandé d'axer le diagnostic sur une formulation de cas contextualisée qui évoque également le processus de rétablissement et se limite à des syndromes généraux pour ce qui est de la classification.

# COMMENT UTILISER LE DSM DE MANIÈRE RAISONNABLE? EXPLICATION D'UN AVIS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ



**Stijn Vanheule<sup>1</sup>, Pieter Adriaens<sup>2</sup>,  
Ariane Bazan<sup>3</sup>, Piet Bracke<sup>4</sup>,  
Ignaas Devisch<sup>5</sup>, Jean-Louis Feys<sup>6</sup>,  
Brenda Froyen<sup>7</sup>, Sylvie Gerard<sup>8</sup>, Dorien  
H. Nieman<sup>9</sup>, Jim Van Os<sup>10</sup>, Marc Calmeyn<sup>11</sup>**

1. Professeur, Vakgroep Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie, Universiteit Gent
2. Professeur, Hoger Instituut voor Wijsbegeerte, Katholieke Universiteit Leuven
3. Professeure, Centre de Recherche en Psychologie Clinique, Psychopathologie et Psychosomatique, Université libre de Bruxelles
4. Professeur, Vakgroep Sociologie, Universiteit Gent
5. Professeur, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg, Universiteit Gent
6. Psychiatre, Centre Psychiatrique Saint-Bernard, Manage
7. Auteure, coordinatrice de PsychoseNet België
8. Collaboratrice auprès du Conseil Supérieur de la Santé
9. Psychologue clinique, Université d'Amsterdam
10. Professeur de psychiatrie et Président de la division Hersenen, UMC Utrecht et King's College London, Royaume-Uni
11. Psychiatre, hôpital psychiatrique Onze-Lieve-Vrouw, Bruges; cabinet privé «Lelieveld», Loppem

## Introduction

En juin 2019, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a formulé un avis concernant l'utilisation des outils de classification diagnostique psychiatrique dans le cadre des soins de santé mentale (1). Cet avis a été publié à l'initiative d'un groupe de travail interdisciplinaire constitué d'universitaires et d'autres professionnels dans le domaine de la psychiatrie, de la psychologie clinique, de la sociologie et de la philosophie, et d'un expert du vécu. Ce groupe d'experts s'est fixé pour objectif d'analyser l'utilisation des classifications diagnostiques en tant qu'outils d'organisation des soins de santé mentale. L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique, des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière et, bien entendu, l'opinion des experts proprement dit. Après approbation par le groupe d'experts et le groupe de travail permanent «Santé mentale», l'avis a finalement été validé par le Collège du CSS. La prestigieuse revue *The Lancet Psychiatry* (2) a également proposé un forum pour la correspondance relative à cette initiative (3).

## Un sujet conflictuel

Partout dans le monde, les problèmes de santé mentale sont généralement diagnostiqués sur la base des catégories de troubles mentaux telles que décrites dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'American Psychiatric Association ou dans la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) de l'OMS, qui comprend un chapitre sur les troubles mentaux et comportementaux. La première mouture du DSM remonte à 1952; la dernière version, le DSM-5, a été publiée en 2013. La classification CIM a, quant à elle, été introduite en 1893. Nous utilisons actuellement sa dixième version (CIM-10, parue en 1999), mais une nouvelle version (CIM-11) a été publiée en 2018.

qui excluraient le diagnostic d'un trouble particulier.

Les listes de vérification formulées pour chaque trouble occupent une place centrale dans le diagnostic sur la base du DSM et de la CIM. Celles-ci incluent les principales manifestations, des spécifications relatives à la durée minimale des symptômes et des indications concernant d'autres troubles susceptibles de provoquer des symptômes similaires. Au total, le DSM-5 et la CIM-10 distinguent respectivement 347 et 321 troubles mentaux. Le même modèle de critères d'inclusion et d'exclusion est employé pour chacun des troubles répertoriés par le DSM-5 et la CIM-10. Certains troubles s'excluent mutuellement; un diagnostic de trouble dépressif caractérisé, par exemple, exclut un trouble schizo-affectif.

Bon nombre d'utilisateurs de systèmes de classification tels que le DSM et la CIM semblent partir du principe que les troubles mentaux sont des espèces naturelles.

Tant le DSM que la CIM sont des systèmes de classification diagnostique répertoriant des listes de troubles (par exemple, «trouble dépressif caractérisé», «schizophrénie», etc.) regroupés en ensembles plus larges (par exemple, «troubles dépressifs», «troubles neurodéveloppementaux», etc.). Chaque trouble est défini par des critères d'inclusion et d'exclusion, sur la base desquels un professionnel peut déterminer de quelle maladie souffre une personne. Ce processus décisionnel repose sur une liste de caractéristiques descriptives de chaque trouble: à partir d'un inventaire des symptômes, le diagnosticien s'attache à déterminer si la personne répond à un nombre suffisant de critères d'inclusion et recherche certaines caractéristiques

D'autres troubles peuvent au contraire coexister (comorbidité), comme un trouble dépressif caractérisé et un trouble anxieux généralisé.

Partout dans le monde, le DSM et la CIM servent de base aux statistiques de morbidité, aux systèmes de remboursement, au soutien des décisions d'intervention dans le contexte des soins de santé, de l'éducation et du bien-être, à la conception d'études et de travaux de recherche, ainsi qu'à la communication et à l'enseignement relatifs aux problèmes de santé mentale. La note d'avis du CSS se penche sur le statut épistémologique du DSM-5, ainsi que sur son rôle dans l'organisation des soins de santé mentale et son application dans la pratique

clinique. En partant des limites observées dans le DSM-5 (et dans son utilisation), la note du CSS examine de quelle façon le diagnostic classificatoire pourrait être mis en œuvre dans le cadre plus large du processus de clarification des problèmes de santé mentale chez les individus.

## Considérations d'ordre épistémologique

Bon nombre d'utilisateurs de systèmes de classification tels que le DSM et la CIM semblent partir du principe que les troubles mentaux sont des espèces naturelles. Autrement dit, ils pensent qu'il existe des types de troubles mentaux, de la même manière qu'il existe des types de produits chimiques ou des espèces animales. Le terme «espèce naturelle» est un concept technico-philosophique dont la définition varie sensiblement d'une personne à l'autre; cela dit, l'idée générale peut être aisément expliquée en prenant l'exemple classique d'une espèce naturelle: l'eau. Tous les échantillons d'eau sont fondamentalement identiques; ils possèdent la même microstructure et se comportent par conséquent de la même façon. En donnant le même nom à l'ensemble de cette «substance», à savoir «eau», nous pouvons correctement comprendre une vérité du monde. L'équivalence de tous les échantillons d'eau ne dépend pas de notre point de vue ni de nos préférences de classification, intérêts financiers, pratiques sociales ou considérations morales. En ce sens, l'eau est une espèce naturelle. Un système de classification capable d'établir des espèces naturelles est extrêmement utile d'un point de vue épistémologique. Nous pouvons prédire la manière dont un échantillon se comportera si nous savons qu'il s'agit d'eau, et nous pouvons expliquer pourquoi il se comporte de la sorte, car nous connaissons la microstructure de l'eau.

Partir du principe que les désignations des troubles mentaux répertoriés dans le DSM ou la CIM constituent des catégories d'espèces naturelles, c'est sous-entendre que ces désignations sont aussi le reflet de différences naturelles entre les divers types de problèmes psychiatriques. Si tel était le cas, ces désignations pourraient également être utilisées de la même manière que les systèmes de classification dans d'autres sciences, afin de regrouper naturellement les individus, de formuler des généralisations à leur sujet, et de prédire et expliquer leurs caractéristiques. De nombreux psychiatres et philosophes de la psychiatrie soutiennent toutefois qu'il existe des différences majeures entre des espèces chimiques telles que l'eau, et les troubles psychiatriques. Ces différences seraient tellement importantes que les systèmes de classification psychiatrique tels que le DSM et la CIM ne devraient être utilisés de la même façon que les systèmes de classification d'autres sciences qu'avec la plus grande prudence.

Ci-dessous, nous proposons un résumé de 5 considérations d'ordre épistémologique abordées dans la note du CSS.

- Premièrement, contrairement aux éléments chimiques, les troubles mentaux ne sont pas des ensembles homogènes. Toutes les molécules d'eau ont de nombreuses propriétés pertinentes en commun, ce qui est nettement moins le cas des catégories de troubles mentaux individuels établies sur la base des critères DSM.
- Deuxièmement, à l'inverse des éléments chimiques, les troubles mentaux ne sont pas des entités strictement définies. Certains des symptômes décrits par le DSM surviennent dans plusieurs catégories de maladies.

- Troisièmement, à la différence des éléments chimiques, les troubles mentaux n'ont pas de nature causale. Le numéro atomique du polonium, par exemple, explique toute une série de propriétés typiques de cet élément. L'étiologie des troubles mentaux est bien plus complexe. Il existe une interaction entre différents facteurs causaux, et les symptômes qui en découlent peuvent à leur tour être à l'origine d'autres symptômes.

Pour son analyse de l'utilisation clinique des systèmes de classification psychiatrique, le Conseil Supérieur de la Santé s'est concentré sur une évaluation de critères de qualité tels que la fiabilité, la précision et la validité.

- Quatrièmement, l'appartenance des éléments chimiques est une question binaire ou catégorielle. Un atome ne peut pas être plus ou moins un atome de polonium. C'est en revanche le cas des troubles mentaux, qui sont de plus en plus souvent décrits dans la littérature scientifique comme des continuums ou des spectres.
- Cinquièmement, les systèmes de classification des troubles mentaux, tels que le DSM, ne sont pas seulement le fruit de considérations épistémologiques, comme la connaissance des causes et des traitements des troubles mentaux, mais aussi le résultat de considérations d'ordre social, moral et financier.

Le CSS conclut que la classification des maladies psychiatriques suscite de nombreux problèmes épistémologiques liés aux controverses entourant le caractère «naturel» de ces troubles.

## Aspects organisationnels

Sur le plan organisationnel, la note du CSS examine l'utilisation des diagnostics psychiatriques dans une perspective sociologique, ainsi que les résultats de la recherche sur la stigmatisation et les prescriptions du législateur en matière d'utilisation de systèmes de classification. Les approches sociologiques du rapport entre les systèmes diagnostiques et l'organisation des soins de santé mentale (SSM) ne considèrent pas l'adoption d'un modèle d'organisation

rationnel comme allant de soi. Ce modèle rationnel suppose que les objectifs, les structures et les règles régissant les processus internes et les actes des organisations prestataires de services (telles que les institutions de SSM) sont la traduction logique d'une rationalité technique sous-jacente, scientifiquement fondée. Ainsi, selon un modèle d'organisation rationnel des SSM, les rapports hiérarchiques entre les différents groupes professionnels, et les relations entre les professionnels et les clients découlent logiquement du modèle nosologique biomédical et catégoriel sous-jacent. La recherche révèle que ce modèle organisationnel rationnel ne fournit pas une description précise du fonctionnement effectif de ces institutions de SSM. Les catégories diagnostiques ne constituent pas les pierres angulaires de la mise en place d'une organisation rationnelle des institutions, mais servent, à l'inverse, à légitimer rétrospectivement une organisation et des pratiques existantes.

*Suite en page 55.*

L'utilisation des classifications psychiatriques est également citée dans la littérature sociologique relative à la stigmatisation. Le recours aux classifications diagnostiques en psychiatrie a été, dès le début, dans le viseur de la recherche sur la stigmatisation. Cette attitude critique s'est encore accentuée en réaction à la tournure biomédicale prise par la psychiatrie, caractérisée par une focalisation croissante sur les sciences du cerveau à partir des années 1970. La recherche montre que l'hypothèse selon laquelle une population qui adopte une perspective biomédicale des maladies mentales abandonne ses préjugés envers les personnes souffrant de troubles mentaux et les SSM, est erronée. Ce postulat est à l'origine de nombreuses campagnes de promotion de la santé mentale et de lutte contre la stigmatisation, mais plusieurs études attestent que les citoyens qui adoptent une perspective et un discours biomédicaux ont généralement tendance à stigmatiser davantage. De plus, cette orientation biomédicale s'avère également compromettre l'hypothèse d'une perspective de rétablissement chez les prestataires de soins.

Le CSS s'est également penché sur les prescriptions du législateur en matière de recours à des systèmes de classification. En Belgique, les différents pouvoirs adoptent une attitude modérément dirigiste quant à l'utilisation de systèmes de classification psychiatrique tels que le DSM et la CIM dans des situations de diagnostic clinique. Le cadre juridique laisse aux prestataires individuels et aux organisations de soins une grande marge de liberté concernant l'utilisation éventuelle de ces systèmes. Les pouvoirs publics visent principalement une utilisation en fonction des finalités d'enregistrement, l'objectif principal étant, semble-t-il, de pouvoir se faire une idée des types de problèmes psychiatriques au niveau de la population.

## Utilisation clinique des diagnostics psychiatriques

Pour son analyse de l'utilisation clinique des systèmes de classification psychiatrique, le Conseil Supérieur de la Santé s'est concentré sur une évaluation de critères de qualité tels que la fiabilité, la précision et la validité.

autres catégories de troubles n'a pas encore été suffisamment étudiée. Par ailleurs, il apparaît que les données de fiabilité de 2013 ne sont pas meilleures que celles de 1974.

La précision diagnostique des catégories du DSM et de la CIM est également problématique. Faute de critères de test



Un concept important qui s'inscrit dans cette nouvelle approche de la santé est le rétablissement.

En ce qui concerne la fiabilité, les catégories du DSM s'avèrent problématiques. Des enquêtes réalisées sur le terrain ont mis en évidence une fiabilité inter-évaluateur acceptable pour seulement 14 (notamment le trouble de stress post-traumatique, la schizophrénie et le trouble de la personnalité borderline) des 20 troubles de la dernière version du DSM (DSM-5) qui ont été testés. Cela signifie qu'à l'heure actuelle, seuls 4% des 347 catégories du DSM-5 ont une fiabilité avérée. La fiabilité des

(p. ex., biologiques) univoques, il arrive souvent que les patients reçoivent un diagnostic psychiatrique et un traitement médicamenteux sur la base d'une interprétation subjective de critères vagues sujets à diverses interprétations, ce qui laisse une grande place à l'influence contextuelle. Ainsi, des données probantes indiquent qu'à l'heure actuelle, un trop grand nombre d'individus, et en particulier des enfants, vivent avec l'étiquette d'un diagnostic. Un exemple frappant est celui de l'«effet d'âge

relatif». Ainsi, les élèves plus jeunes d'une classe sont plus susceptibles de recevoir le diagnostic de TDAH, simplement parce qu'ils sont moins matures. À cet égard, le poids de l'opinion d'autrui dans le processus de décision diagnostique contraste fortement avec la définition de la santé de l'OMS, qui donne la prépondérance au point de patient lui-même.

La validité des catégories de troubles du DSM est également problématique. En effet, la recherche psychologique et psychiatrique fondamentale ne corrobore pas les critères diagnostiques des listes de vérification de bon nombre de ces catégories. Jusqu'à présent, aucune base neurobiologique spécifique et cohérente n'a pu être identifiée pour des troubles particuliers, hormis pour les troubles neurocognitifs. Dans la plupart des cas, la recherche psychologique et psychiatrique fondamentale ne permet pas non plus d'étayer les critères diagnostiques des listes de vérification du DSM. Dans une analyse des critères du TSPT, Rosen et Lilienfeld concluent par exemple que «la quasi-totalité des hypothèses de base et des mécanismes supposés sont dépourvus de fondements empiriques convaincants ou systématiques».

### **Reconceptualisation de la santé mentale et des problèmes de santé mentale**

Le DSM et la CIM se caractérisent tous deux par une démarche diagnostique qui s'inspire largement d'une approche décontextualisée des problèmes de santé mentale se focalisant uniquement sur le dysfonctionnement. Nous assistons aujourd'hui à l'émergence de nouvelles approches de la santé, dont Huber et al. ont proposé une nouvelle définition en 2011: «*La santé est la capacité à s'adapter et à se prendre en charge en dépit des obstacles sociaux, physiques et émotionnels de la vie*».

Dans ce cadre, la santé n'est pas composée uniquement d'éléments biopsychosociaux, mais possède également une dimension existentielle: les problèmes de santé mentale compromettent l'expérience personnelle des individus ainsi que leur position sociale et sociétale, qui est souvent gravement remise en question.

Un concept important qui s'inscrit dans cette nouvelle approche de la santé est le rétablissement. Ce concept a vu le jour dans les années 1970, à la faveur du mouvement des utilisateurs de services de SSM qui s'opposait aux approches biomédicales traditionnelles des troubles mentaux. L'une des clés de ce mouvement est la transition de services basés sur des résultats cliniques traditionnels (absence ou réduction des symptômes) vers le rétablissement, «*défini comme l'idée que l'utilisateur des services se fait des éléments nécessaires ou désirables des soins qui lui sont fournis pour l'aider à reprendre une vie digne de ce nom et des rôles valorisants*». La définition d'une «vie digne de ce nom» est personnelle et dépend de ce que les individus désirent réellement et de ce qui est important à leurs yeux. Les réflexions sur son parcours (de vie) personnel (narration de soi) jouent un rôle important dans cette approche élargie du rétablissement. Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ont besoin d'une description contextualisée d'elles-mêmes qui souligne leurs forces et leurs faiblesses, et les aide à donner un sens à leurs expériences. Le rétablissement exige des professionnels qu'ils jouent un rôle de soutien à tous les niveaux. Dans ce processus, le partenariat et la prise de décision partagée (*shared decision-making*) sont essentiels: les professionnels doivent se renseigner sur les valeurs, les affinités et les objectifs du patient afin d'y adapter leurs interventions.

Il convient de noter que dans l'approche basée sur le rétablissement, le diagnostic doit aller au-delà de la cartographie des symptômes dans le but de les contrôler. La prise en charge des symptômes (rétablissement clinique) est importante, mais le rétablissement personnel et social l'est tout autant. Le diagnostic ne doit donc pas se limiter à une évaluation clinique des symptômes et syndromes, mais doit également tenir compte du stade de rétablissement de l'individu et de son besoin de soins et de soutien au fil du processus de rétablissement personnel.

### **La solution alternative: le diagnostic multi-couches**

En guise d'alternative à la démarche diagnostique dominante axée sur les troubles et basée sur le DSM ou la CIM, le CSS propose de suivre une approche contextualisante des situations cliniques prenant comme point de départ les symptômes, les plaintes et/ou l'expérience de la souffrance exprimés par la personne. Le processus de diagnostic doit commencer par une caractérisation descriptive de ces symptômes, ces plaintes et/ou cette expérience de la souffrance, de façon à pouvoir ensuite les positionner par rapport à trois aspects du fonctionnement au sens large.

Les symptômes, les plaintes et/ou l'expérience de la souffrance doivent tout d'abord être évoqués à la lumière de différents domaines portant sur un aspect précis du fonctionnement humain (facteurs biographiques, facteurs existentiels, fonctionnement contextuel-interactionnel, processus mentaux, facteurs biologiques). De telles caractérisations personnalisées doivent placer les problèmes d'un individu dans son parcours de vie et son contexte biopsychosocial.

Deuxièmement, les symptômes, les plaintes et/ou l'expérience de la

souffrance doivent être discutés en termes de connaissances descriptives sur les syndromes psychiatriques. Pour ce faire, la liste complète des troubles figurant dans le DSM n'est pas nécessaire, car elle présente l'inconvénient de se focaliser sur les troubles présumés dont souffre un individu. Pour ce type de diagnostic, il est probablement préférable de procéder à une caractérisation classificatoire de l'état de santé mentale de la personne basée sur un nombre limité de syndromes généraux (syndrome psychotique, syndrome anxieux, syndrome d'addiction, syndrome dépressif, etc.), qui peuvent à leur tour constituer des dimensions.

Troisièmement, les symptômes, les plaintes et/ou l'expérience de la souffrance doivent être discutés en termes de continuum allant de la crise au rétablissement. Le rétablissement doit de préférence être abordé en englobant ses dimensions clinique, personnelle et sociale.

## Diagnostic basé sur la formulation d'un cas clinique

En pratique, une telle approche multi-couches du diagnostic implique de recourir à la formulation d'un cas clinique. Il s'agit d'une description narrative dans laquelle les symptômes et les plaintes de santé mentale sont insérés dans le contexte du fonctionnement plus large de la personne, de façon à cartographier l'impact des symptômes et du contexte, la logique de fonctionnement, ainsi que les points forts et les aspects de résilience. La formulation d'un cas peut être bâtie sur la base du matériel concret tiré des entretiens cliniques, de l'observation et des évaluations psychologiques, que le diagnosticien analyse dans le but de clarifier la manière dont les problèmes sont organisés.

## Conclusion

Le CSS constate que les outils les plus couramment utilisés pour diagnostiquer les problèmes de santé mentale (le Manuel diagnostique et statistique

des troubles mentaux [DSM] et la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes [CIM]) posent un certain nombre de problèmes, et recommande de les utiliser avec la prudence nécessaire et de ne pas faire des catégories du DSM un élément central de l'organisation des soins. Sur la base de cet examen, le CSS formule également plusieurs recommandations quant à la manière dont le grand public, les cliniciens et les décideurs peuvent aborder au mieux le diagnostic des problèmes de santé mentale. Pour la démarche clinique, il est essentiellement recommandé d'axer le diagnostic sur une formulation de cas contextualisée qui évoque également le processus de rétablissement et se limite à des syndromes généraux pour ce qui est de la classification.

### Références

1. Cet article a été rédigé avec le soutien du CSS. Les auteurs remercient les membres du groupe de travail sur le DSM.
2. Vanheule S, Adriaens P, Bazan A et al. Belgian Superior Health Council advises against the use of the DSM categories. *Lancet Psychiatry* 2019; 6(9), 726–726.
3. Pour plus d'informations et de références, nous renvoyons à la note du CSS: <https://www.health.belgium.be/fr/avis-9360dsm>

RETROUVEZ NEURONE  
SUR INTERNET

