

# 3

## LE DSM-5 EST-IL DANGEREUX POUR LA POPULATION ?

questions à Marc AURIACOMBE



En mai 2013, l'Association Américaine de Psychiatrie a publié la cinquième édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – en Français, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* – qui est intitulée communément DSM-5.

### Le DSM, à quoi cela sert ?

Le DSM est un outil de classification qui a été créé en 1952 pour favoriser la communication entre les cliniciens. En 2013, c'est toujours l'objectif premier. Ne pas utiliser de mots identiques pour parler de choses différentes, c'est une difficulté pour l'ensemble des professionnels de santé et le public. C'est le cas par exemple pour le terme « dépression » qui peut caractériser un phénomène pathologique nécessitant une intervention thérapeutique, mais qui peut aussi bien désigner un sentiment tout à fait normal rencontré par tout le monde. Dans le domaine de l'alcool, cette classification DSM permet de différencier une personne présentant une addiction d'un consommateur excessif. C'est donc un instrument qui permet de clarifier les diagnostics de troubles ou maladies qui peuvent faire l'objet d'une prise en charge thérapeutique.

Le DSM sert aussi aux chercheurs pour mieux définir les phénomènes étudiés, comparer les études et avoir une compréhension commune des résultats. Il a une conséquence concrète pour la prise en charge par les professionnels de santé et l'assurance maladie.

### Quels sont les grands changements du DSM-5 pour l'alcool-dépendance ?

Le changement le plus important concerne la notion d'addiction. Il a été initié dans les DSM III (1980) et IV (1994) et il est confirmé dans cette cinquième édition. L'addiction y est définie de la même façon quelle que soit la substance. Ainsi, les éléments pour caractériser l'alcool-dépendance sont les mêmes que ceux pour caractériser l'addiction au tabac ou à l'héroïne. Le DSM-5 va même encore beaucoup plus loin puisqu'il regroupe les addictions avec substances et celles aux jeux d'argent et de hasard (gambling).

D'autre part, dans le DSM IV, il y avait deux catégories diagnostiques, l'une pour la dépendance à une substance et une autre pour l'abus. En pratique, depuis l'introduction de ces deux catégories, on s'est aperçu que dans la catégorie Abus, le seuil de définition était très bas et qu'on mélangeait ainsi sans distinction des personnes qui présentaient juste un problème ponctuel avec celles qui présentaient déjà une anomalie durable de leur modalité d'usage de substance : la dépendance.

Dans le DSM-5, il n'y a plus qu'une seule catégorie qui intègre et améliore les deux précédentes en ajoutant notamment un nouveau critère, le craving, c'est-à-dire l'envie irrépressible de faire usage de ce que l'on ne veut pas, ainsi que des niveaux de gravité. Cela permet de repérer plus précocement des consommateurs qui ont déjà une modalité d'usage anormal, mais sans en avoir toutes les complications. C'est pour cela aussi qu'a été introduite une échelle de gravité qui n'existait pas jusque-là.

### Pourquoi le DSM est-il toujours sujet à controverses ?

Le domaine de la santé mentale est particulièrement sujet à controverses, car il s'agit de clarifier ce qui est normal et unique à chaque personne et ce qui est une anomalie à traiter. Le contexte socio-culturel, politique et moral influence nécessairement ce débat, surtout dans le domaine de l'addiction parce que tout le monde consomme des produits potentiellement addictifs.

En outre, la méthodologie du DSM s'appuie sur l'examen de données publiées et disponibles à un moment donné et non sur l'avis ou l'opinion individuelle d'un professionnel. Comme il faut entre un et trois ans entre la génération de données nouvelles et leur publication effective, le DSM est intrinsèquement toujours en retard sur les connaissances que peut avoir un chercheur ou un clinicien à titre individuel. Cela est aussi une source de controverse. Ce problème est résolu par les révisions successives. La dernière révision n'est jamais considérée comme définitive, mais uniquement comme la version temporairement valide en attendant la sortie de la prochaine. Même si ce n'est pas confortable de travailler avec des notions qui évoluent, il faut admettre cet inconvénient inévitable pour ne pas tomber dans l'idéologie et l'abus. Certains professionnels préfèrent s'appuyer sur des théories qui ont l'avantage pour eux d'être établies une fois pour toutes. Mais qui peut imaginer que l'on puisse avoir une compréhension totale et absolue, valable sans évolution, dans le champ médical ?



## LE POINT DE VUE DES ASSOCIATIONS

Thierry ROBILLARD, *membre de la Croix Bleue*

Le DSM, à quoi cela sert-il sur le terrain de la relation d'aide et d'accompagnement de personnes en difficulté avec l'alcool, consommateur et/ou entourage ?

Le DSM résulte d'une volonté de description et de formalisation des maladies. C'est un « état des lieux » qui peut donc avoir une importance dans son objectif de caractériser les troubles des personnes souffrant d'alcool-dépendance, un outil d'échange pour les professionnels de santé. Contrairement à eux, pour les associations, il n'est pas question de transmettre des informations, de rendre compte à une quelconque hiérarchie, de structurer des documents ou des dossiers concernant leurs usagers. Nous sommes dans le domaine de l'informel...source et ressource.

Ce sont principalement d'anciens alcool-dépendants qui investissent des actions de bénévolat dans les sections. Ces personnes ont une importante valeur dans l'accompagnement de ce public, en étant une preuve et une caution forte de la possibilité de la guérison et d'une vie possible sans alcool. Mais ils ont aussi besoin d'informations. En ce sens, le DSM peut avoir une utilité. Mais c'est un outil parmi d'autres car nous

parlons bien ici d'un sujet complexe.

La richesse et la force intrinsèque de l'accompagnement dans ces associations proviennent du vécu expérientiel du produit et des parcours de soins, institutionnels ou non. Ce vécu est riche en apprentissages et en enseignements. Les compétences des bénévoles sont ainsi issues principalement d'un savoir expérientiel transversal auto-formatif dans une approche globale des personnes alcool-dépendantes. En ce sens, il est important pour les associations d'avoir une démarche multi-référentielle et une vision d'unité de l'homme où un référentiel tel que le DSM n'est qu'un outil informatif parmi d'autres. La capitalisation de ces expériences conduit à une vision plus globale « des alcooliques » et de l'inconscient culturel et sociétal vis-à-vis de ces personnes, avec toutes les valeurs morales et moralistes, les peurs et «les étiquettes» dévalorisantes qu'elles comportent.

Le DSM cherche à caractériser les troubles de nos usagers, mais où est la place des connaissances acquises dans nos associations? Nous, bénévoles, et notre accompagnement, sommes-nous reconnus comme s'inscrivant dans les pratiques de santé ? Enfin, y a-t-il des

dogmes, des concertations, des communications de la part des associations sur ce sujet ?

Les associations ne participent pas à une discipline ni à un métier scientifique. Elles souhaitent que les sciences médicales intègrent davantage de sciences humaines. Aborder toute la complexité de l'alcool-dépendance, comprendre la personne qui en souffre dans sa globalité et son unité, oser l'innovation, questionner les pratiques, feront progresser les soutiens qui permettent à la personne malade-alcoolique d'avancer sur la conscience de soi et sur son rapport aux autres et au monde.