

LES ÉCURIES D'AUGIAS ?

QU'ON S'IMAGINE UNE SALLE SURCHAUFFÉE, un jour d'hiver par exemple. Une masse grouillante d'étudiants, d'infirmiers et de médecins prend place, en ordre dispersé, sur des chaises, des bouts de table, par terre. La plupart des gens portent des blouses. Certains fument. Une patiente entre, qu'accompagne un interne. Il la fait asseoir sur une chaise réservée, s'assoit en face d'elle, dos à la salle. Quand un peu de silence s'est instauré, après quelques instants, il commence à l'interroger, de manière très ordonnée et très douce, à travers une série de questions courtes. La patiente, d'abord réservée, la voix grelottante, se détend progressivement. Maintenant elle s'épanche, elle raconte toute son histoire, elle détaille la suite des malheurs qui l'ont conduite ici, toutes ces trahisons qu'elle a dû subir au sein même de sa famille, et cette voix qui lui ordonne de mourir. L'interne acquiesce silencieusement, sans jamais l'interrompre. Il ne l'interrompra qu'à la fin, pour la remercier, en la raccompagnant à la porte. Il lui dira à voix basse, en la confiant à l'infirmière, qu'il viendra de nouveau la voir un peu plus tard dans la matinée. Il se tournera alors vers l'assemblée et reprendra depuis le début l'exposé du cas clinique. Il posera le diagnostic de schizophrénie, vu qu'elle entend des voix, mais se demandera tout de même si un tel diagnostic est parfaitement adapté étant donné l'âge relativement avancé (41 ans) de la patiente et le début récent du trouble. Il n'aura pas achevé son exposé que la salle déjà s'animerait. Les questions fuseront, auxquelles certains dans l'audience se chargeront de répondre spontanément, mais elles concerneront presque tout sauf le diagnostic. L'atmosphère sera détendue, bon enfant. Tout comme avec sa patiente, l'interne n'interrompra pas le flot des mots. Il acquiescera à chaque avis, à chaque remarque, à chaque recommandation de ses collègues concernant la bonne conduite à suivre.

Pendant ce temps, au fond de la salle, un psychologue essaie de se distraire. Il redoute la discussion générale qui va suivre, quand la patiente sera bientôt sortie. Il a l'impression de tout connaître par avance, les questions, les réponses, les remarques, les conclusions.

Enfoncé dans un col roulé gris, il fait nerveusement glisser entre ses doigts le symbole « *Peace* » qui se trouve au bout de son long pendentif, symbole aujourd'hui désuet d'un temps où tout grand universitaire – même un psychologue positiviste – se devait de s'engager publiquement dans certaines causes. Coupe courte et bouc soigné, une paire de Ray-Ban Wayfarer sur le nez, Paul Meehl écoute la première question insipide qui part de la salle, suivie d'une première réponse insipide. Il est furieux. La consternation a transformé sa bouille ronde de quinquagénaire accompli en un globe inquiétant d'où semblent avoir disparu les lèvres et les yeux. Il tapote la table avec ses doigts. On dirait qu'il se retient de bondir pour étrangler l'étudiant qui pérore actuellement sur l'inutilité fondamentale des diagnostics.

Soudain, sans raison apparente, on le voit qui se calme. Paul Meehl vient de se jurer intérieurement que c'est la dernière fois qu'il met les pieds dans une présentation de cas chez des psychiatres. Quelques minutes passent. Il continue d'écouter, mais rêveusement, sans plus aucune velléité d'intervenir ou de mettre de l'ordre dans la discussion. Il laisse les psychiatres faire. Sa colère semble même s'être muée en curiosité. À un moment, il prend son stylo, son carnet de note, et il commence à griffonner. Sur son carnet, il entreprend de consigner méticuleusement tout ce qui lui apparaît comme les perles de la bêtise clinique de son époque, une sorte de mélange du Sottisier et du Dictionnaire des idées reçues de *Bouvard et Pécuchet*.

Le portrait qu'il dresse est sévère. Il donnera naissance à l'un des pamphlets les plus virulents d'une carrière prestigieuse qui le range parmi les psychologues américains les plus importants du xx^e siècle. Ce texte, « Pourquoi je n'assiste pas aux discussions de cas cliniques (*Why I Do Not Attend Case Conferences*) », paru dans un recueil en 1973, détaille toutes les frustrations et les irritations accumulées pendant près de trente ans de carrière clinique. Aucun autre texte ne donne une idée plus vivante et plus précise du climat intellectuel qui régnait dans la psychopathologie américaine de cette époque. Meehl, en clinicien rigoureux, a l'impression de perdre son temps à travailler avec les psychiatres. Sur près de soixante-dix pages, il règle ses comptes avec eux, n'épargnant pas non plus le reste du personnel soignant. Il eut dénoncer tout haut ce que beaucoup de psychologues et de médecins pensent tout bas : que les présentations de cas en psychiatrie, contrairement à celles auxquelles on peut assister par exemple en neurologie ou en médecine interne, sont toujours ennuyeuses, souvent abêtissantes ; que la plupart de ceux qui y assistent ne le font que par obligation ou par inertie professionnelle ; que l'ambiance de discussion généralisée, où

toute prise de parole, même la plus stupide, est encouragée – et donc où toutes les opinions se valent –, est délétère pour l'enseignement et contre-productive pour la prise de décision clinique¹.

Mais Meehl ne se contente pas de critiques allusives. Il pointe, dans un tableau féroce et méthodique, l'incompétence ordinaire des cliniciens de son temps. Il énumère scrupuleusement tout ce qui ne va pas selon lui, les lacunes dans la formation, les erreurs de méthode, les problèmes d'attitude. Sur ce dernier point, par exemple, Meehl dénonce l'humanisme mièvre et les velléités très empruntées de démocratie qui imprègnent toutes les discussions, y compris les plus techniques. Le mouvement d'hygiène mentale entamé dans les années 1930 aux États-Unis n'a pas eu selon lui que de bons côtés : s'il a permis d'améliorer les conditions d'internement des malades mentaux, il a aussi contribué à déprécier la rigueur scientifique au profit d'une trop grande attention portée à la sacro-sainte « singularité » du patient, et cela au détriment, *in fine*, du patient lui-même à qui on ne propose rien de bien convaincant non plus sur le plan thérapeutique. Par ailleurs, au risque de paraître hautain, Meehl ne comprend pas pourquoi la prise de parole n'est pas encadrée un minimum au sein de l'équipe soignante, au lieu que chacun, quelle que soit sa place et quel que soit le degré de ses compétences, puisse livrer son petit commentaire et ses considérations personnelles. « La remarque la plus inepte, déplore-t-il, est accueillie avec joie, les bras ouverts, comme une contribution au travail du groupe de pensée² ». L'ambiance entretenue de fausse bonne entente chaleureuse et confraternelle, avec toute la détérioration intellectuelle qui en découle (ce que Meehl surnomme le « syndrome copain-copain » qu'il trouve si préjudiciable dans le champ académique), tout cela ne contribue pas à élever le niveau, qu'il juge au départ extrêmement médiocre, des discussions cliniques.

Les problèmes de méthode sont nombreux : dans les raisonnements, la qualité des inférences est souvent douteuse, et de telles insuffisances ne seraient tolérées dans aucune autre discipline médicale. La distinction entre test d'inclusion et test d'exclusion est rarement claire dans l'esprit des psychiatres, alors qu'elle est essentielle à l'exercice du diagnostic différentiel. L'« effet Barnum » (en référence à un homme de cirque célèbre, qui était aussi un grand manipulateur des foules), ou « effet de validation subjective », sévit ordinairement. Il consiste à se satisfaire de descriptions psychologiques extrêmement vagues, comme dans les horoscopes. Ainsi, en clinique, on ne manquera pas de souligner la

1. MEEHL, 1973, p. 227.

2. MEEHL, 1973, p. 228.

présence d'un « conflit intrapsychique », comme si cette information n'était pas triviale chez tout patient psychiatrique.

Les jugements de valeurs et les préjugés inondent les comptes rendus : on accorde énormément d'importance clinique à tout ce à quoi on ne parvient pas à s'identifier, et au contraire on relativise tout type de comportement familier ou déjà rencontré. La plupart des psychiatres, fait-il remarquer, ont ainsi une idée bien précise de ce que doit être une « famille saine ». La plupart aussi sont touchés par le « syndrome YAVIS (*Young, Attractive, Verbal, Intelligent, and Successful*)¹ », qui veut qu'ils se sentent d'autant plus concernés et bienveillants si leur patient est jeune, beau, qu'il s'exprime facilement, qu'il est intelligent et qu'il réussit bien dans la vie.

Sur le plan théorique, un même médecin peut se montrer très positiviste quand cela l'arrange (en arguant que « telle étude a définitivement démontré que... »), ou très relativiste dans le cas contraire (« De toute façon, n'est-ce pas, on sait que toutes les études sont bidon... »). La même attitude équivoque se signale à l'égard des tests psychologiques (« Le test démontre que..., mais je ne suis pas d'accord »). Et de manière générale, sans en assumer le moins du monde les conséquences philosophiques, la sympathie va à une certaine forme de relativisme bon teint (« Peut-être n'est-ce pas “vrai” pour nous, mais peut-être l'est-ce pour lui », osera objecter une infirmière devant le cas d'un patient délirant – on imagine la tête de Meehl).

Une grande partie de toutes ces erreurs et de ces bêtises, Paul Meehl les attribue à un manque plus profond de formation scientifique qui concerne la psychiatrie dans son ensemble. Il regrette l'ignorance presque atavique chez les psychiatres des principes les plus élémentaires des statistiques ou des probabilités, comme le théorème de Bayes, la notion de « différence significative », ou encore l'interprétation un tant soit peu scrupuleuse de la notion de corrélation statistique. Cette lacune est responsable selon lui de l'incompréhension endémique chez les psychiatres (et étonnamment haute chez les psychologues, pourtant davantage formés dans leur cursus aux statistiques et aux probabilités) de la complexité du rapport entre *cas singulier* et *cas général ou moyen*. Le cliché le plus commun, le plus ancré, le plus indémodable, est l'objection suivante : « Ce n'est pas à des groupes qu'on a affaire, mais à un cas particulier. » À partir de là, la liberté du clinicien est totale dans l'interprétation des signes, puisque la *singularité du cas* lui commande de ne se fier à rien d'autre qu'à son *appréciation singulière*. Enfin et surtout,

1. SCHOFIELD, 1964.

Meehl déplore que, dès leur formation, une véritable « propagande » soit mise en place pour faire désespérer les psychologues et les psychiatres de l'activité diagnostique. Il a des mots très durs à l'égard de ce « biais antinosologique » qu'il voit profondément ancré dans la formation professionnelle de son époque :

« Il est regrettable de constater que la majorité des jeunes doctorants en psychologie clinique “savent” que “les simples étiquettes diagnostiques” n’ont aucune fiabilité ni aucune validité, aucune portée théorique ni aucune importance pronostique, ni même aucune pertinence dans le choix des traitements. Ils “savent” ces choses-là parce qu’on les leur a apprises dogmatiquement au cours de leurs premières années d’enseignement de psychopathologie. Aussi, quand ils tombent sur un psychologue qui met ouvertement ces idées en doute, ils réagissent typiquement par de la stupeur, de l’incrédulité, voire du ressentiment. Si vous voulez être nihiliste en matière de diagnostic, soyez-le d’une manière responsable sur le plan intellectuel, en vous appuyant sur des raisons scientifiques plutôt qu’en vous reposant sur une propagande antidiagnostique de midinette [*bobbysoxer antidiagnostic propaganda*]¹. »

Qu’il existe une sorte de « mode » très irréfléchie qui consiste à n’apporter aucun crédit au diagnostic psychiatrique, Meehl s’en convainc en passant en revue certaines opinions sans cesse ressassées dans les universités, les salles de garde, ainsi que dans la littérature spécialisée : « On devrait chercher à comprendre le patient plutôt qu’à l’étiqueter » ; « Il est réducteur de vouloir mettre les gens dans des cases » ; « Les maladies ne sont que des abstractions dépourvues de tout intérêt pratique et thérapeutique », etc. Autant d’opinions, fait-il remarquer, qui ne sont jamais questionnées en elles-mêmes. Sauf peut-être depuis que certains chercheurs comme lui ont décidé de ne plus mâcher leur exaspération et de taper du poing sur la table. Ou du moins sur les idées reçues. En cela, le texte vindicatif de Meehl, avec son ton péremptoire, son ambivalence parfois, surtout sa manière très particulière de couper la question scientifique de la question thérapeutique, est très emblématique du vent de révolte qui commence à secouer l’institution psychiatrique au tournant des années 1970. Toute une jeune génération de chercheurs, qu’ils soient psychologues ou psychiatres, s’est en effet reconnue dans son mot d’ordre : « Il faut nettoyer les écuries d’Augias². »

1. MEEHL, 1973, p. 272.

2. MEEHL, 1973, p. 298.

INTRODUCTION

ON VOUS DEMANDE PARFOIS si vous aimez le DSM, mais on vous demande rarement un avis sur ce qu'il est, sur ce qu'il représente au juste. Comme pour Brahms. Quand des éditeurs français décidèrent de traduire en 1998 le *best-seller* de Stuart Kirk et Herb Kutchins, paru quelques années plus tôt aux États-Unis, ils optèrent pour un titre français on ne peut plus curieux. Tandis que le titre original, traduit littéralement, aurait pu être : *Vendre le DSM : la rhétorique de la science en psychiatrie*, le titre proposé au lecteur français, au prix de quelques libertés, fut le suivant : *Aimez-vous le DSM ? Le Triomphe de la psychiatrie américaine*. Drôle de traduction, drôle de question, drôle de sous-titre et curieuse façon d'accrocher un lecteur qui, à la fin des années 1990 en France, avait toute raison de très mal connaître une classification étrangère qu'aucun clinicien français – sauf quelques chercheurs spécialisés – n'a jamais utilisée dans sa pratique courante. Avec une couverture rouge et bleu où les étoiles du drapeau américain étaient remplacées par des cases à cocher, la version française du livre de Kirk et Kutchins pouvait donner l'impression de dénoncer une énième extension de l'impérialisme américain, cette fois-ci dans le domaine psychiatrique. Et à l'inverse de ce qu'on trouve dans les vieilles bandes-annonces du cinéma américain où l'on garantissait d'avance au spectateur qu'il allait aimer le film présenté, le titre accrocheur de la traduction française semblait garantir par avance qu'on aurait de bonnes raisons en lisant le livre de détester le DSM. C'était en tout cas mon impression quand j'achetai ce livre, peu après sa publication. Et il est vrai que, le livre une fois refermé, il était difficile de se départir de l'idée que la classification officielle des troubles mentaux aux États-Unis n'était rien d'autre qu'une vaste escroquerie scientifique.

Le livre de Kirk et Kutchins est un bon livre, très bon même, à la fois lisible et technique. Il a porté la critique épistémologique la plus détaillée et la plus circonstanciée faite à ce jour des faiblesses de la troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* ou DSM-III, paru aux États-Unis en 1980. Sa traduction française était

donc une bonne chose, elle permettait au public français de découvrir le talon d'Achille d'une classification dont l'importance n'a cessé de croître sur la scène internationale depuis les trente dernières années. Mais ce livre présente selon moi un défaut majeur que le titre français un peu malheureux illustre à ses dépens : c'est qu'il fait passer bien souvent l'affect avant l'analyse et qu'il confond bien souvent les conséquences avec les causes.

Pour résumer à gros traits *Aimez-vous le DSM?*, on pourrait dire que le livre raconte deux histoires, une grande et une petite. Une grande histoire, qui se lit comme un roman et qui raconte sur le ton du complot l'élaboration du DSM-III par un groupe de « Jeunes Turcs » qui ont pris le pouvoir dans l'institution psychiatrique américaine au tournant des années 1970. Une petite histoire, ensuite, plus épistémologique, qui reconstitue la manière dont le problème de la fiabilité diagnostique et des mesures kappa a été monté en épingle par les concepteurs du DSM-III en vue d'assurer la promotion et la garantie (faussement) scientifique de la nouvelle classification.

La petite histoire, « technique » ou « épistémologique », est extrêmement fine, et ses conclusions sont convaincantes. La grande histoire, en revanche, me semble particulièrement pauvre. Les auteurs abusent des métaphores guerrières, ils multiplient sans preuve les accusations de manœuvres stratégiques, et ils imputent aux différents protagonistes toutes sortes de raisonnements psychologiques difficilement vérifiables (un peu à la manière dont j'ai procédé dans les pages précédentes avec mon portrait déguisé du DSM-III à travers celui d'un célèbre psychologue américain, Paul Meehl, qui ne s'est jamais directement impliqué dans l'élaboration du DSM mais dont les travaux réflexifs illustrent parfaitement le nouvel esprit scientifique qui émerge en psychopathologie au cours des années 1960). D'un côté, Kirk et Kutchins donnent l'impression que l'ensemble des travaux qui ont entouré l'élaboration du DSM-III n'a été que le produit d'un bataillon de grands commis de l'institution psychiatrique américaine dont la naïveté scientifique aurait été confondante :

« Ceux qui ont créé le DSM-III n'ont pas fait appel au riche héritage des légendes grecques ni aux œuvres littéraires dont Freud se servit pour imaginer et définir sa propre mythologie. Les promoteurs de cette révolution étaient d'insipides officiels d'agences gouvernementales, d'associations professionnelles et de centres universitaires, dont les motifs étaient plus bureaucratiques et politiques que scientifiques¹. »

1. KIRK & KUTCHINS, 1992/1998, p. 28.

D'un autre côté, ils prêtent à ces scientifiques naïfs des intentions machiavéliennes d'une extrême sophistication, dans un scénario général parfois digne d'Orwell. Le livre de Kirk et Kutchins montre ainsi un grand déséquilibre entre l'ensemble des objections extrêmement fines et détaillées, mobilisées sur le plan épistémologique, et la démonstration générale du livre qui s'appuie sur un scénario d'anticipation au final assez peu crédible : le Groupe de travail du DSM-III aurait élaboré, à partir d'un « plan mûrement réfléchi¹ », une véritable stratégie de reconquête, par les psychiatres, de l'ensemble des territoires de la santé mentale. Sous les étendards des mesures statistiques de fiabilité, le kappa aurait été leur arme, le DSM-III, leur victoire.

L'histoire que je propose dans les pages qui suivent s'inscrit dans une approche épistémologique à la fois plus resserrée et plus ambitieuse que celle proposée par Kirk et Kutchins. Plus resserrée d'un côté, dans la mesure où je laisserai de côté toutes les basses stratégies académiques employées dans la confection du DSM-III (sans nier qu'elles aient pu exister, et même avoir eu en leur temps une importance certaine) pour m'intéresser à la dimension théorique du projet du DSM-III, à ses présupposés scientifiques, à ses conditions d'élaboration. Plus ambitieuse d'un autre côté, dans la mesure où il s'agira précisément de découvrir la *rationalité interne* du projet du DSM-III, d'éclairer à la lumière du développement singulier de la psychiatrie américaine au xx^e siècle les espoirs et les promesses que ce projet a pu un moment porter.

Ce que je propose n'est donc pas une simple histoire descriptive des conditions d'élaboration du DSM-III (et dans une certaine mesure de ses remaniements successifs jusqu'au DSM-5), expurgée de tout romanesque complotiste. Mais mon ambition n'est pas non plus de proposer une analyse idéologique ou sociologique qui ramènerait à rien le poids des contingences individuelles dans l'histoire du DSM, ou qui relativiserait l'importance de ses enjeux proprement scientifiques. Je ne pense pas que Robert Spitzer par exemple, souvent qualifié de « père » du DSM-III, ait joué un rôle accessoire dans l'orientation théorique de la classification américaine. Au contraire, on le verra, son influence et ses choix méthodologiques ont été décisifs. Mais, au lieu de me focaliser sur ses qualités de stratège ou de négociateur hors pair, je me concentrerai sur l'ensemble de ses travaux scientifiques, et je tiendrai aussi compte de tous les autres travaux qui ont pu l'influencer, lui ou ses collègues. L'histoire intellectuelle du DSM-III que je raconte s'intéresse donc davantage aux dynamiques de groupe, aux « collectifs de pensée » qu'aux trajectoires

1. KIRK & KUTCHINS, 1992/1998, p. 33.

individuelles. Et du reste mon analyse se concentrera sur un collectif de pensée particulier, le cercle de ce que certains commentateurs, à la suite de Gerald Klerman¹, ont appelé les psychiatres « néokraepelinien ».

L'une des conséquences de ce parti-pris méthodologique et philosophique est que je m'intéresserai plus aux idées, aux textes, aux outils qui ont circulé, qui ont été débattus, qui se sont imposés progressivement dans le champ de la psychiatrie et qui ont modifié dans l'ensemble de la communauté universitaire des années 1960 et 1970 les façons de penser le diagnostic psychiatrique, qu'aux acteurs individuels. La lecture sera donc parfois un peu aride, et les promoteurs du DSM-III apparaîtront bien plus « insipides » encore que ne les décrivaient Kirk et Kutchins (l'original anglais est du reste plus ambigu : ils sont jugés « *far less colorful*² » que Freud, ce qui peut être compris aussi de façon légèrement ironique). Le DSM-III lui-même en ressortira un peu terni. Je chercherai à le réhistoriciser autrement que ne l'ont fait Kirk et Kutchins, en insistant sur sa logique rationnelle fragile, sur le fait que ses concepteurs étaient souvent parfaitement conscients des difficultés épistémologiques qu'ils rencontraient, qu'ils n'étaient pas uniquement préoccupés à « vendre » de la fausse science. J'ai l'ambition de lui rendre sa peau de papier, de le ramener à son statut pratique de *manuel*. De démontrer en ce sens qu'il ne fut qu'un *tigre de papier*, non pas pour en relativiser l'importance historique – qui est immense – ni pour amener le lecteur français à le considérer avec plus d'indulgence – ce qui n'a aucun intérêt –, mais pour le débarrasser de tous les attributs symboliques dont il a été affublé en raison de son succès, disons le mot, *inespéré*. Le risque est grand en effet, quand on se penche sur l'histoire du DSM-III, de négliger les conditions de son élaboration pour se focaliser trop exclusivement sur celles de sa réception. L'unique ambition de ce livre est donc de prendre au sérieux le projet scientifique du DSM-III, quitte à mieux en souligner les insuffisances. Et quand j'aborderai la question de ses révisions successives, après les années 1980, ce sera pour insister sur certaines difficultés théoriques *héritées* du DSM-III. Une telle approche, je crois, permettra au lecteur de mieux comprendre certaines des impasses théoriques profondes dans lesquelles se trouve le DSM aujourd'hui, tandis que les controverses autour du DSM-5 (dont la publication officielle est prévue en mai 2013) ne cessent de se multiplier. Le point de départ de mon analyse est donc simple : en évitant d'interpréter rétrospectivement le DSM-III comme s'il avait été taillé pour remporter le succès qu'il a eu,

1. KLERMAN, 1978.

2. KIRK & KUTCHINS, 1992, p. 7.

je veux éviter de lui imputer des intentions stratégiques qu'il était difficile d'envisager dans les années 1970, au moment de son élaboration.

Un exemple suffira ici à illustrer ce danger. On sait aujourd'hui combien la collusion est forte entre les décisions du DSM et les intérêts de l'industrie pharmaceutique. Près de 70 % des experts qui travaillent pour le DSM-5 ont entretenu au cours de leur carrière récente des liens financiers avec l'industrie pharmaceutique¹. Mais la critique fréquente suivant laquelle le DSM-III en 1980 aurait été conçu pour servir l'industrie pharmaceutique est infondée, ou du moins anachronique. Jean-Noël Missa, dans *La Naissance de la psychiatrie biologique*, raconte le peu d'enthousiasme que les découvertes en pharmacologie ont d'abord soulevé chez les psychiatres aux États-Unis, dans une psychiatrie d'après-guerre acquise aux idées psychanalytiques ou privilégiant le traitement de choc à l'insuline. Quand Henri Laborit et Pierre Deniker viennent présenter la chlorpromazine aux Américains à New York en 1953, l'accueil, rapporte-t-il, fut assez froid et plein de défiance². Pourtant, dès les années 1956-1957, le vent s'inverse violemment avec la commercialisation du Miltown® (méprobamate) et de la Thorazine® (chlorpromazine) sur le territoire américain. En 1957, le prix Albert-Lasker pour la recherche médicale clinique est décerné à un groupe presque entièrement composé de chercheurs en psychopharmacologie : les deux savants français (Laborit et Deniker), Heinz Lehmann (le premier à publier outre-Atlantique sur la chlorpromazine), mais aussi Nathan Kline, Robert Noce et Rustom Vakil pour leurs travaux sur la réserpine. En 1964, Nathan Kline gagne une deuxième fois le prix Lasker pour avoir mis en évidence les propriétés antidépresseuses de l'iproniazide.

Les années 1960 sont l'âge d'or du développement de l'industrie pharmaceutique américaine. Pour autant, les liens avec l'université et l'institution psychiatrique restent longtemps distants, et parfois même empreints de méfiance. Lorsque le Groupe de travail du DSM-III est nommé, en 1974, la plupart des membres qui le composent se montrent très enthousiastes devant les possibilités thérapeutiques ouvertes par les psychotropes. Certains, comme Donald Klein, sont déjà reconnus comme de grands spécialistes dans le domaine de la psychopharmacologie. Il n'empêche que l'industrie pharmaceutique des années 1970, au moment où le DSM-III est conçu, est très différente de l'industrie pharmaceutique des années 1980, au moment où il entame sa carrière publique. La conviction d'alors, c'est qu'une

1. COSGROVE & KRIMSKY, 2012.

2. MISSA, 2006, p. 266-267.

classification scientifique ne peut qu'améliorer l'évaluation objective de l'efficacité des nouveaux médicaments. Le modèle de l'essai contrôlé randomisé contre placebo commence à apparaître comme la meilleure garantie d'objectivité, et le projet du DSM-III, avec sa volonté de promouvoir des critères fiables et objectifs, ne peut que favoriser un tel processus. La situation est très différente dans les années 1980, au moment où *Big Pharma* émerge véritablement, et où les rapports entre l'industrie et la psychiatrie deviennent beaucoup plus difficiles à démêler. L'industrie pharmaceutique a compris que son intérêt est de nouer des liens étroits avec des cliniciens influents. C'est à cette période qu'elle investit massivement non plus seulement dans la publicité, mais aussi dans le *lobbying*, la formation des psychiatres et les symposiums. Alors qu'il ne représente « que » 6 millions de dollars en 1974, le financement par les grands groupes pharmaceutiques des symposiums en psychiatrie, en 1988 aux États-Unis, atteint 86 millions de dollars¹. Or c'est à partir du DSM-III-R, en 1987, et surtout du DSM-IV en 1994, que les affaires de corruption et de conflits d'intérêts commencent à entacher la réputation de certains experts, grassement payés par les laboratoires pharmaceutiques – parfois jusqu'à 100 000 dollars par an². David Healy, un psychiatre et historien de la médecine peu complaisant avec l'industrie pharmaceutique, a insisté sur le fait que les auteurs du DSM-III *ne pouvaient pas imaginer* à quel point la classification qu'ils mettaient en œuvre servirait insidieusement le développement de l'industrie pharmaceutique dans les années 1980³. Ils ne pouvaient pas, en particulier, deviner à quel point le succès *public* du DSM-III servirait les intérêts *publicitaires* de l'industrie pharmaceutique qui fut prompte, en sautant sur les épaules du clinicien, à éduquer directement le consommateur sur son trouble mental.

C'est donc ce « monde intellectuel » de la psychiatrie américaine des années 1960 et 1970 qui constitue le centre de gravité de ce livre. C'est un monde en crise, un monde en pleine mutation. La guerre du Vietnam, l'élection de Nixon en 1968, le premier choc pétrolier en forment la toile de fonds. À cette époque, les budgets pour la recherche en psychiatrie sont en baisse. Les asiles se vident, tandis que la clinique privée se développe massivement. Dans les universités et dans les écoles

1. HEALY, 2002, p. 310.

2. L'un des scandales les plus médiatisés a été celui du pédopsychiatre de Harvard Joseph Biederman. Cf. HARRIS & CAREY, 2008.

3. HEALY, 2002, p. 305.

de médecine, la psychanalyse domine encore le paysage, même si elle commence déjà à perdre un peu de l'aura extraordinaire qui était encore la sienne à la fin des années 1950. La psychopharmacologie, la psychométrie, l'épidémiologie psychiatrique, les outils statistiques, l'informatique font des progrès considérables.

Le DSM-III a été élaboré dans ce contexte très singulier, et ses concepteurs appartiennent à une jeune génération de psychiatres. Tandis que la plupart de leurs prédécesseurs avaient fait leurs classes pendant la guerre, eux ont tous été formés dans des centres universitaires ou dans des laboratoires de recherche. Leur manière d'aborder la clinique psychiatrique s'en ressent : ils sont rompus aux techniques statistiques, ils sont exigeants en matière d'objectivité scientifique, et ils sont audacieux sur le plan méthodologique. Ils ont cru, sans bien se rendre compte qu'il s'agissait là d'une tâche herculéenne, qu'on pouvait en améliorant une simple classification contribuer à « nettoyer les écuries d'Augias ».