

ALBERTO CAPUTO & ROBERTA MILANESE

Préface : Giorgio Nardone

PSYCHOPILULES

Pour une utilisation éthique et stratégique
des médicaments psychoactifs



Enrick · B · Éditions

ALBERTO CAPUTO & ROBERTA MILANESE

PSYCHOPILULES

Pour un usage
éthique et stratégique
des médicaments psychoactifs

*Traduction de l'italien
par Marie Kastner-Uomini*

Enrick 
— ÉDITIONS —

© Enrick B. Editions, 2018, Paris

Version originale éditée par Ponte alle Grazie Inprint sous le titre *Psicopillole*

© 2017 Adriano Salani Editore s.u.r.l. – Milano

www.enrickb-editions.com

ISBN : 978-2-35644-276-5

Réalisation couverture : Comandgo

Tous droits réservés

En application des articles L. 122-10 à L. 122-12 du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction à usage collectif par photocopie, intégralement ou partiellement, du présent ouvrage est interdite sans l'autorisation du Centre français d'exploitation du droit de copie. Toute autre forme de reproduction, intégrale ou partielle, est interdite sans l'autorisation de l'éditeur.

Sommaire

Préface de Giorgio Nardone	II
Introduction	15
Chapitre I. Sommes-nous tous devenus fous ?	17
I.1. Quelques chiffres : les années 2000 et le boom des médicaments psychoactifs	17
I.2. Le diagnostic des troubles mentaux : un problème qui reste ouvert	19
I.3. Le DSM-5 et la médicalisation de la normalité	28
Chapitre II. Un médicament pour chaque maladie	41
II.1. Le <i>disease mongering</i> ou l'art de vendre les maladies	43
II.2. L'homme ne vit pas seulement de science : le marketing créatif	49
II.3. Quand le médecin devient un « consommateur »	51
II.4. De la médecine <i>evidence-based</i> à la médecine <i>evidence-biased</i> : ce sont les données qu'on attaque	54
II.5. Les lignes de conduite pour une pratique optimale sont-elles fiables ?	62

Chapitre III. Les troubles mentaux sont-ils des maladies du cerveau ?	65
III.1. La naissance des médicaments psychoactifs : un merveilleux cas de sérendipité	65
III.2. Le paradigme centré sur le trouble : « comme l'insuline pour le diabète »	70
III.3. Le paradigme centré sur le médicament : « les drogues thérapeutiques »	80
III.4. Génétique ou milieu ? Un faux dilemme	88
III.5. Biologie et psychisme : L'œuf ou la poule ?	93
Chapitre IV. Connaître les médicaments psychoactifs	99
IV.1. Les anxiolytiques	99
IV.2. Les hypnotiques	104
IV.3. Les antidépresseurs	105
IV.4. Les antipsychotiques	118
IV.5. Les stabilisateurs d'humeur	126
IV.6. Les <i>smart drugs</i>	129
IV.7. Les psychostimulants pour traiter le TDAH	130
IV.8. Le cannabis : drogue ou médicament	132
Chapitre V. Utilisation éthique et stratégique des médicaments psychoactifs	137
V.1. Éthique et stratégie : les deux faces de la même médaille	138
V.2. Quand le médicament est au cœur du traitement	143
V.3. Quand le médicament peut faciliter le traitement	150
V.4. Quand le médicament est surévalué	154
V.5. Quand le médicament devient la « tentative de solution » qui bloque le traitement	161

V.6. Enfants et adolescents : le médicament peut-il être le traitement ?	166
V.7. Et que disent les neurosciences ?	177
Chapitre VI. « Faire avaler la pilule » : ce n'est pas uniquement une question de chimie ...	181
VI.1. Pilule rouge ou pilule bleue ? Aider les patients à décider de recourir à un médicament psychoactif	183
VI.2. Première rencontre avec les médicaments psychoactifs : le début du traitement	189
VI.3. Les visites de contrôle ou la phase de consolidation	194
VI.4. L'arrêt du traitement	198
Conclusions	201
Bibliographie	203

Préface de Giorgio Nardone

Le titre de cet ouvrage éclairant symbolise moins un heureux néologisme qu'une dérive sociale et pharmaceutique dangereuse. Il suffit de penser aux données récentes qui révèlent une mortalité accrue due à l'abus de médicaments psychoactifs par rapport à la consommation de drogues dures. D'autres chiffres montrent qu'au cours des trois dernières décennies l'usage de médicaments psychoactifs est en augmentation constante, et cela même lorsque ceux-ci ne constituent pas la première ligne thérapeutique validée, comme dans le cas de troubles de panique, d'obsessions compulsives et de désordres alimentaires. À cela s'ajoute leur prescription à vie, en tant que protection « thérapeutique préventive » de pathologies comme la dépression et les troubles bipolaires ou, pire encore, leur application aux problématiques infantiles (troubles de l'attention, hyperactivité, etc.). Il est évident que le chiffre d'affaires des médicaments destinés à la psyché et au comportement explique à lui seul de telles aberrations dans la prescription et dans l'usage. Armés de données incontestables, les deux auteurs, experts du traitement des psychopathologies, offrent non seulement un panorama de l'abus de ce type de médicaments, mais ils en illustrent de la plus claire des façons les effets thérapeutiques et iatrogènes. Les lecteurs auront ainsi la possibilité d'être correctement informés sur les effets de ces médicaments et la bonne façon de les utiliser. Cette brillante exposition va au-delà d'un remarquable travail de vulgarisation, puisque les auteurs décrivent aussi en détail le

travail thérapeutique qui associe psychopharmacologie et psychothérapie, lequel constitue la première ligne thérapeutique dans le traitement des principaux troubles mentaux.

Ce texte, aussi vivant qu'approfondi, n'est pas seulement un cri d'alarme, mais aussi un traité sur le bon usage des médicaments psychoactifs et leur alliance avec une psychothérapie tout aussi « bonne ».

Liste alphabétique des principales abréviations utilisées

AEM : Agence européenne du médicament

AIFA : Agence italienne du médicament

APA : Association américaine de psychiatrie

CANMAT : Canadian network for mood and anxiety treatments

DSM : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

FDA : Food and drugs administration (équivalent américain de l'AEM)

HAI : Health action international

IMAO : Inhibiteur de monoamine oxydase

IRSN : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine-noradrénaline

ISRS : Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine

NICE : Institut national de la santé britannique

NIMH : Institut national de la santé mentale américain

OMS : Organisation mondiale de la santé

TCC : Thérapie comportementale cognitive

TDAH : Trouble du déficit d'attention avec hyperactivité

Introduction

Depuis déjà plusieurs années, le champ de la pathologie mentale ne cesse de s'étendre pour embrasser des aspects toujours plus nombreux de la vie humaine. La fameuse « normalité » cède le pas à la pathologie. De fait, un nombre croissant de troubles sont mis au jour – ou plutôt « créés de toutes pièces » –, de fait qu'aucun être humain ne pourra être déclaré « sain d'esprit » après avoir été passé au crible de l'ultime version de la « Bible de la psychiatrie », le DSM-5. La tendance à médicaliser tout vécu négatif fait naître l'illusion qu'être « sain d'esprit » correspond au « bonheur à tout prix et en toute circonstance » et la conviction que quiconque s'en démarque a un problème psychologique, voire biologique, qui sera résolu avec un médicament. Et voici donc que le deuil éprouvé à la mort d'un être cher devient une dépression à soigner, que la timidité se transforme en phobie sociale, que l'anxiété face à une épreuve ou à un imprévu devient le signal d'un trouble biochimique, que le gamin vif ou indiscipliné se transforme en un malade qu'il faut soigner, de préférence avec un médicament psychoactif qui fera de lui un élève modèle.

Caractéristique de notre époque, la confiance dans les progrès de la médecine, alimentée et démesurément amplifiée par les intérêts économiques de l'industrie pharmaceutique, conduit à croire qu'il existe un médicament psychoactif pour chaque problème et, dans le même temps, que tous les problèmes peuvent être résolus uniquement grâce à un médicament psychoactif. Mais en est-il vraiment ainsi ?

Basé sur l'expérience clinique des auteurs ainsi que sur l'état actuel de la recherche scientifique, le présent ouvrage s'est donné comme premier objectif de détruire ce mythe. Les problèmes émotionnels, relationnels et psychiques ne sont pas tous des maladies dont la résolution exige une thérapie pharmacologique. Les médicaments psychoactifs peuvent même s'avérer superflus, voire franchement dommageables lorsqu'ils sont utilisés pour faire face à des difficultés ou à des troubles qui n'appartiennent pas à la sphère « biochimique » de l'individu, mais à ce complexe ensemble de relations qu'il entretient avec lui-même, les autres et le monde. Comme le disait Hippocrate, *similia similibus curantur* (« les semblables se guérissent par les semblables »). Par conséquent, si un problème se situe dans un registre culturel, social, interpersonnel ou familial, la meilleure façon de le traiter consiste à intervenir dans le même registre. Au contraire, si le problème est d'ordre biologique (comme dans certaines psychoses ou dépressions graves), le traitement privilégié se fera avec des médicaments psychoactifs (Castelnuovo, 2015). Ce livre se propose aussi de dépasser le dualisme psychothérapie/médicaments psychoactifs en analysant toutes les situations dans lesquelles la solution la plus efficace ne se trouve pas avec l'une ou les autres, mais naît de l'interaction stratégique des deux.

Au fil de cet ouvrage, nous nous sommes donc fixés comme objectif de répondre aux questions suivantes :

- Est-il vrai que les troubles mentaux sont des maladies du cerveau ?
- Que savons-nous de la génétique de ces troubles ?
- Comment fonctionnent les médicaments psychoactifs ?
- Qui a besoin de prendre des médicaments psychoactifs ?
- Et qui ne devrait pas en prendre ?
- Psychothérapie et médicaments constituent-ils des modalités d'intervention opposées ?
- Quelle thérapie s'est révélée la plus efficace dans les différents types de troubles psychologiques ?

CHAPITRE I

Sommes-nous tous devenus fous ?

La recherche médicale a fait de tels progrès que plus personne n'est en bonne santé.

Aldous HUXLEY

Et le DSM a dit : Que le trouble soit.

Kirk, Gomory, COHEN, *Mad Science*

I.1. Quelques chiffres : les années 2000 et le boom des médicaments psychoactifs

Débuter un livre consacré aux médicaments psychoactifs avec des chiffres nous a semblé la meilleure approche dans la mesure où ceux-ci sont complètement « fous ». Arrêtons-nous sur quelques-uns d'entre eux.

Entre 1999 et 2013, les prescriptions de médicaments psychoactifs aux États-Unis ont plus que doublées (voir tableau n° 1). Dans le même temps, les morts par overdose de médicaments psychoactifs ont pratiquement quadruplé, dépassant les décès par overdose d'héroïne de près de 50 %. Cela pourra sembler difficile à croire mais, de nos jours, on meurt plus en conséquence de médicaments légalement prescrits qu'à cause de drogues illégales (Center for Disease Control and Prevention, 2011). Les médicaments psychoactifs

tuent plus de 500 000 personnes par an, surtout au-dessus de soixante-cinq ans : les plus grands « meurtriers » sont les sédatifs (anxiolytiques et hypnotiques), suivis dans l'ordre par les antidépresseurs, les psychostimulants (Ritaline, amphétamines et méthamphétamines) et les antipsychotiques¹. Et, toujours aux États-Unis : 20 % des adultes prennent au moins un médicament psychoactif, 7 % en sont dépendants, 4 % des enfants utilisent des stimulants (Zuvekas, Vitiello, 2012) et 4 % des adolescents prennent des antidépresseurs (Vitiello *et al.*, 2006).

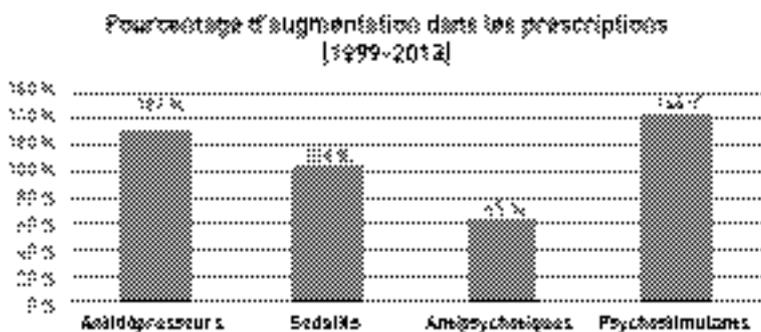


Tableau n° 1 – Source MEPS (Medical Expenditure Panel Survey)

S'agirait-il d'un phénomène strictement américain ? Manifestement pas. Les statistiques montrent que l'Europe présente la consommation moyenne de sédatifs la plus élevée et la tendance à augmenter la prescription de médicaments psychoactifs sur les ordonnances est très similaire à celle constatée aux États-Unis.

L'Italie se classe quatrième derrière l'Allemagne et l'Autriche et la France en matière de dépenses liées à l'achat de médicaments psychoactifs. En France, on compte 8,9 millions

1. https://meps.ahrq.gov/mepsweb/data_stats/download_data_files_detail.jsp?cboPufNumber=HC-171 (site visité le 1^{er} mars 2017).

de consommateurs occasionnels et 3,8 millions de consommateurs réguliers. Le chiffre italien est très semblable avec près de 12 millions de personnes qui consomment chaque année des médicaments psychoactifs pour des motifs variés : anxiété, insomnie, dépression, jusqu'aux troubles bipolaires et psychotiques. On assiste en outre à une constante augmentation de l'utilisation des médicaments psychoactifs au fur et à mesure de l'avancée en âge, avec un usage prédominant chez les femmes de plus de 35 ans. Cette tendance augmente de 1 % par an (rapport OsMed AIFA, 2016).

Les années 2000 correspondent donc à celles d'un véritable boom des médicaments destinés au psychisme et rien ne semble pouvoir démentir cette tendance... pour l'avenir aussi. Mais que s'est-il passé ? Serions-nous tous devenus fous ?

I.2. Le diagnostic des troubles mentaux : un problème qui reste ouvert

Si on veut bien comprendre ce phénomène, il faut repartir près de cinquante ans en arrière. En 1973, le psychologue David Rosenhan publiait dans *Science* un article resté fameux : « Être sain d'esprit là où la folie règne. » Dans cet article, il racontait une expérience restée une référence dans l'histoire de la psychiatrie. Rosenhan et sept de ses collègues réussirent à se faire interner dans différents hôpitaux psychiatriques en affirmant « entendre des voix », mais sans modifier aucun autre aspect de leur vie et de leur histoire personnelle (sauf leurs noms et profession... bien entendu !). Une fois internés, ils avaient cessé de simuler leurs symptômes et commencé à se comporter normalement mais, malgré cela, aucun d'eux n'avait été démasqué. Leur internement dura dix-neuf jours en moyenne (celui de Rosenhan dura deux mois !) et tous sortirent avec un diagnostic de « schizophrénie en rémission ». Durant leur internement, les huit cobayes avalèrent près de 2100 comprimés les plus variés,

alors qu'ils s'étaient tous présentés avec le même symptôme. Les faux patients passèrent beaucoup de temps à rédiger leurs observations sur le service ; pourtant, ni les infirmières ni les psychiatres ne leur demandèrent jamais ce qu'ils étaient en train de faire, sans jamais envisager un instant qu'ils pourraient être sains d'esprit. L'ensemble de leurs comportements, la prise de notes comprise, étaient interprétés comme pathologiques à l'aune de leur étiquette diagnostique. Étonnamment, le pot aux roses fut découvert par de vrais patients, qui leur dirent : « Tu n'es pas fou, tu es journaliste ou tu enquêtes sur l'hôpital ? ». Les huit chercheurs observèrent comment les comportements des véritables malades étaient souvent mal interprétés par le personnel, des comportements attribués à la pathologie plutôt qu'à l'environnement. Par exemple, si un patient se mettait en colère parce qu'il était maltraité par une infirmière ou un médecin, cela était systématiquement ramené à son diagnostic ou à une visite récente d'un membre de sa famille.

Cette recherche montrait pour la première fois de manière incontestable la piètre fiabilité du diagnostic psychiatrique, mais aussi le pouvoir de l'« effet étiquette qui colle à la peau », phénomène par l'intermédiaire duquel, une fois le diagnostic établi, tout ce que disent et font les patients est interprété à l'aune de la pathologie présumée. Le diagnostic, telle une « étiquette » collée sur le patient, finit par déclencher une véritable « prophétie autoréalisatrice », qui conduit celui-ci à y adhérer et à se comporter comme s'il s'agissait de la réalité (Watzlawick, 1981).

Mais la « prophétie autoréalisatrice » fonctionne aussi dans l'autre sens. À la suite de la publication de l'article de Rosenhan, le personnel d'un hôpital psychiatrique déclara qu'une telle erreur n'aurait pu se produire dans leur établissement. Rosenhan informa l'hôpital que dans les trois mois à venir, un ou plusieurs faux patients chercheraient à se faire hospitaliser chez eux. On demanda au personnel hospitalier de classer chaque patient qui se présenterait en fonction de la probabilité

qu'il fût un faux malade. Pratiquement un patient sur cinq fut associé à une forte probabilité de feinte par au moins un membre du personnel. Dommage qu'il s'agissait dans tous les cas de vrais malades car Rosenhan n'avait envoyé personne dans cet hôpital !

De faux patients identifiés comme des vrais, de vrais patients identifiés comme des faux : est-il donc si difficile d'établir un diagnostic psychiatrique ? C'est effectivement le cas.

La majorité des spécialités médicales peut se servir d'examen de laboratoire (analyses de sang, radiographies, CT-scan, tomographie, etc.) qui permettent d'identifier ce que Philippe Pignarre (2001) a défini comme le « témoin fiable », c'est-à-dire un germe, une lésion, un marqueur biochimique, dont la présence permet au médecin de faire un diagnostic sans même rencontrer le patient. Ce dernier peut être malade sans le savoir et sans montrer de symptômes ou de signes visibles à l'œil nu, mais ce « témoin fiable », lui, permet d'effectuer le diagnostic d'une maladie dont, dans la majorité des cas, on connaît l'étiologie et pour laquelle on dispose de thérapies biologiquement fondées. Donnons-en quelques exemples pour que les choses soient bien claires. Le diabète est établi grâce à la mesure de la glycémie, l'infarctus est mis en évidence par un électrocardiogramme, une tumeur peut être identifiée grâce à un scanner avant d'être analysée par une biopsie.

En psychiatrie, tout fonctionne différemment. Aucun examen de laboratoire n'existe, aucun test n'a été mis au point, aucun marqueur n'a été isolé qui permette de diagnostiquer avec certitude un trouble mental ou de faire la distinction entre le « sain » et le « pathologique ». Le diagnostic ne peut être établi qu'en présence du patient, grâce à l'observation et l'écoute, se ressentant inévitablement du jugement subjectif du médecin. C'est précisément à cause de cette différence fondamentale entre la psychiatrie et les autres disciplines médicales que le problème du diagnostic a toujours été central pour les spécialistes de la psyché, lesquels, jusqu'à la fin des années 1970,

ne disposaient pas même d'un système de classification diagnostique universellement reconnu. Les manuels diagnostiques alors en usage reposaient sur des constructions interprétatives qui renvoyaient à divers modèles théoriques sur l'étiologie des troubles mentaux. C'est la raison pour laquelle des spécialistes finissaient par poser des diagnostics différents sur un même patient. La fiabilité diagnostique, à savoir la concordance de vue entre plusieurs spécialistes, était donc particulièrement faible. (Cooper *et al.*, 1972 ; Caplan, 1995 ; Bowden, 2001). Afin de remédier à ce problème, l'American Psychiatric Association (APA) chargea un groupe de spécialistes présidé par le psychiatre Robert Spitzer de compiler la troisième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III*) lequel, à la différence des précédents (DSM-I et DSM-II), reprenait le modèle de manuels diagnostiques d'autres spécialités médicales en établissant une liste de troubles spécifiques basés sur des symptômes bien définis. Bénéficier d'un système diagnostique commun était non seulement essentiel pour faciliter l'accord entre cliniciens, chercheurs et institutions, mais aussi pour donner au patient le médicament juste, étant donné la rapide évolution de la psychopharmacologie durant cette période (Mayes, Horwitz, 2005).

Le groupe d'experts chapeauté par Spitzer fut confronté à une tâche ardue : définir la frontière entre normalité et pathologie en l'absence de marqueurs biologiques. Quels troubles devaient entrer dans le manuel diagnostique ? Comment pouvait-on évaluer si une personne donnée était affectée d'un trouble dans la mesure où certains symptômes et événements vécus font partie de la « normalité » ? Vérifier que le gaz est fermé avant de sortir de chez soi est-il un symptôme de trouble obsessionnel compulsif ou une vérification consciencieuse ? Le fait de procéder périodiquement à des examens médicaux correspond-t-il à une attitude de saine prévention ou à un indice d'hypocondrie ? Pleurer pendant des semaines son conjoint

récemment décédé fait-il partie du deuil ou cela signifie-t-il que l'on souffre de dépression ?

Basés sur des constructions psychodynamiques, les manuels diagnostiques DSM-I et DSM-II classaient les troubles sur la base de causes sous-jacentes présumées. Pour le DSM-III, on adopta une approche différente reposant sur l'observation et la description des symptômes et de leur évolution, sans épouser aucune orientation théorique ou présumé étiologique. Chacun des 265 troubles inclus dans le manuel fut défini précisément sur la base des symptômes manifestés, le nombre de symptômes qui devaient être présents chez un même patient et combien de temps ils devaient durer. Les catégories diagnostiques qui établissaient la frontière entre « pathologie » et « normalité » ne se basaient cependant sur aucune donnée scientifique, mais résultaient de choix personnels et parfaitement arbitraires du groupe de spécialistes qui avaient compilé le manuel (Frances, 2013 ; Paris, 2015).

En outre, l'adoption d'une classification catégorielle ne tenait pas compte du fait que « normalité » et « pathologie » ne sont pas deux polarités opposées, mais des conditions disposées sur un continuum où c'est le niveau quantitatif d'une tendance qui, une fois un certain seuil dépassé, détermine un saut qualitatif. Un trouble psychologique se structure donc au moment où ce qui était une modalité saine et adaptative de se gérer et de gérer sa réalité, se transforme, par excès quantitatif, en une modalité dysfonctionnelle et invalidante pour une personne. Mais, puisque l'objectif premier de Spitzer était d'obtenir des diagnostics « fiables », chaque trouble fut circonscrit de la manière la plus nette possible (tout en maintenant une sorte d'imprécision de fond), bien que cela se fasse au détriment de leur « validité »². L'accord entre plusieurs spécialistes

2. Donnons-en un exemple : un diagnostic sur lequel tous les médecins s'accorderaient pour considérer que les lentigos sont des signes de cancer serait « fiable », mais pas « valide ».

concernant un patient donné accroissait sa fiabilité, mais n'assurait pas la validité scientifique du diagnostic, mesurant seulement ce qu'il déclarait mesurer. Le fait que plusieurs psychiatres s'accordent finalement sur différentes catégories diagnostiques ne garantissait pas en soi l'existence de ces catégories³.

Prenons un exemple. Dans le diagnostic du trouble oppositionnel avec provocation, on décrit des comportements plutôt répandus chez les enfants et adolescents « sains » (voir Tableau n° 2). Cependant, ces comportements deviennent pathologiques si quatre d'entre eux se présentent « souvent » pendant au moins six mois. Mais qui décide de ce que signifie « souvent » ? Et pourquoi l'enfant présentant quatre symptômes pendant six mois va être considéré « malade », alors que celui qui en présente trois pendant un an sera considéré « sain » ? La ligne de démarcation entre ce qui est sain et pathologique ne se base sur aucune donnée scientifique, à l'instar des critères choisis pour définir le trouble. En outre, chaque symptôme présente la même importance dans le diagnostic. Le fait que, en utilisant des critères semblables, des spécialistes puissent tomber d'accord sur un diagnostic de trouble oppositionnel avec provocation chez un enfant ne garantit pas en soi qu'il s'agisse d'un « trouble mental » et que, en tant que tel, il nécessite un « traitement ».

De plus, cette catégorie pathologique, ainsi que de nombreuses autres présentes dans le DSM, risque de donner une idée de la « normalité » dans laquelle les normes sociales et culturelles sont confondues avec les normes biologiques, transformant un

3. Nombre d'auteurs ont remis en question non seulement la validité mais aussi la fiabilité des diagnostics du DSM-III, soulignant comment l'accord entre spécialistes sur la majorité des diagnostics était en réalité très faible (avec un coefficient k inférieur à 0,7), contrairement à ce qu'ambitionnait Spitzer et donc pas fondamentalement différent de celui des précédents manuels. Une fiabilité qui s'est dégradée progressivement au fil des révisions du manuel (Kirk *et al.*, 2013 ; Whitaker, Cosgrove, 2015).

comportement socialement pénible en une psychopathologie. Le risque, qui devient malheureusement toujours plus une réalité, réside dans le fait que tout enfant tendant à défier l'autorité de l'adulte et s'avérant difficile à gérer en famille ou à l'école, finisse par n'être plus considéré comme le « petit polisson à éduquer », ce dont se charge l'école et la famille, mais plutôt « le malade à soigner » confié à un spécialiste de la psyché ou, pire encore, soigné avec des médicaments.

**Symptômes du trouble oppositionnel
avec provocation (DSM-IV, 2000)**

Un comportement négatif, hostile et provocateur qui dure depuis au moins 6 mois, durant lesquels sont présents au moins 4 des symptômes suivants :

- Accès de colère fréquents
- Disputes fréquentes avec des adultes
- Provocations fréquentes ou refus de souscrire aux demandes ou aux règles des adultes (par exemple : refus des travaux domestiques)
- Irriter délibérément ou ennuyer fréquemment les autres
- Accuser les autres pour ses propres erreurs ou méchancetés
- Susceptibilité ou irritation quasi instantanée
- Colère ou rancœur fréquente
- Manque de respect ou taquineries fréquentes

Tableau n° 2

La démonstration la plus éclatante de l'arbitraire ligne de démarcation entre le « sain » et le « pathologique » dans le DSM concerne l'élimination de l'homosexualité de la liste des troubles. En 1974, à la suite des protestations persistantes des activistes du mouvement gay, les membres de l'American Psychiatric Association procédèrent à un référendum au cours duquel il y eut 3810 votes « pour » et 1774 votes « contre », et « ce qui était considéré depuis plus d'un siècle comme un trouble psychiatrique grave cessa d'exister » (Shorter, 1997, p. 303).