

Trouble de l'adaptation : le diagnostic éludé

Alain Bottéro

Pourquoi une situation clinique aussi banale que le "trouble de l'adaptation" est-elle si rarement diagnostiquée par la pratique psychiatrique actuelle ? En privilégiant systématiquement le diagnostic des troubles thymiques ou anxieux, les psychiatres n'en sont-ils pas arrivés à oublier qu'il peut être tout à fait normal, dans certaines circonstances, de connaître un malaise émotionnel, lequel ne fait que traduire notre "adaptation" progressive à un aléa difficile, qui momentanément nous dépasse ?

C'est tout le problème que pose le trouble de l'adaptation : des symptômes émotionnels transitoires, en réponse à un stress commun, qui connaissent une évolution spontanément favorable. Catégorie diagnostique évidente, elle se trouve néanmoins reléguée à la fin des classifications psychiatriques. Le DSM IV par exemple ne lui consacre qu'un bref chapitre, dans ses ultimes pages, sans y accorder plus d'importance. La prévalence d'un tel trouble est pourtant élevée : à en croire les études disponibles, de 5 à 25 % des patients vus en consultation de psychiatrie, plus encore si l'on considère les motifs de consultation de médecine générale. Mais la place qui lui est attribuée, tant dans les revues de psychiatrie que dans les traités académiques, tient de la portion congrue. Au cours des 25 dernières années, on constate que trente articles, à peine, ont été consacrés au diagnostic des troubles de l'adaptation par les revues "sérieuses", ces revues qui disposent d'un comité de lecture et donnent le ton (1). Reflet fidèle de cette tendance, les grandes études épidémiologiques les plus récentes (*IECA Study*, la *National Comorbidity Survey* américaines, les *National Psychiatric Morbidity Surveys* anglaises) n'en touchent mot dans leurs résultats. Un manque d'intérêt qui ne peut que surprendre, lorsqu'on compare la prévalence des troubles de l'adaptation avec celle du syndrome de stress post-traumatique, pour ne pas parler des troubles thymiques caractérisés.

Alors, pourquoi une telle occultation ? Tout le monde le sait, mais personne ne le dit ? Ou, plus inquiétant, on ne voit plus le problème ? Il ne fait guère de doute que la marginalisation des troubles de l'adaptation n'est que la conséquence de la définition, devenue extrêmement lâche, de la notion actuelle de dépression. Dans la psychiatrie d'aujourd'hui, la grande affaire diagnostique, c'est la "dépression majeure", d'intensité "moyenne". Celle-ci correspond maintenant à un vaste carrefour où tout, ou presque, peut entrer, à commencer par ces moments les plus naturels de frustration, de démoralisation, de fatigue ou de déception, qui font que

notre existence n'est pas toujours drôle. Comme ce qui prime, c'est l'affection mentale sévère, celle qui faut s'acharner à traiter avec tous les moyens les plus modernes, la dépression majeure l'emporte... La pression commerciale des laboratoires, bien entendu, n'est pas neutre dans cette "psychiatisation" toujours plus poussée de la souffrance psychique. Combien d'études épidémiologiques, d'échelles de dépistage, de publications visant à améliorer le diagnostic des états dépressifs jugés sous-estimés dans la pratique courante, qui ne trouvent pas quelque soutien empressé de la part de nos grands bailleurs de fond en matière de recherche psychiatrique ? Mais aussi, combien d'états de malaise émotionnel transitoires qui ne se voient maintenant traités par les meilleurs antidépresseurs issus de cette recherche intéressée ?

Si l'on examine les critères diagnostiques du DSM IV, force est de constater que l'introduction de critères "opérationnels" (il est vrai, particulièrement souples), dans la définition du trouble de l'adaptation, a permis d'accorder une priorité *de facto* aux troubles thymiques. La notion de "seuil" en particulier, qu'il s'agisse de seuil de "sévérité", de "durée" ou du "nombre de symptômes" exigé, entraîne vite le clinicien sur le terrain de l'état dépressif majeur. Une fois le problème posé dans ces termes, pas d'échappatoire : il lui faut prescrire. Qu'un sujet soit angoissé, qu'il ait du mal à se concentrer, à manger, à dormir et se sente fatigué, depuis qu'on lui a annoncé, deux semaines auparavant, au terme d'un bilan pénible, qu'il n'avait rien pour le rassurer, qu'il a un cancer, suffit, en pratique, pour satisfaire à la "définition opérationnelle" d'un état dépressif majeur. Pour le dire autrement, en présence d'un stress, quatre symptômes font un trouble de l'adaptation, un de plus, et l'on passe, sans y prendre garde, à une dépression majeure.

A l'évidence, les seuils du pathologique sont aisés à franchir (2). Qui plus est, rien n'est prévu, dans l'application de ces seuils, qui permette au clinicien de tenir compte de leur part qualitative. Les seuils cliniques sont toujours subjectifs en psychiatrie : telle personnalité exubérante sera généreuse en sa souffrance émotionnelle, telle autre, plus timide, fera dans le discret, qui ne dérange personne... Et ces seuils ne sont pas que subjectifs, mais culturels aussi bien. Rien de plus variable que l'expression d'une douleur, d'une émotion, d'une culture à une autre. C'est tout le problème des "cut-off points" : l'instauration de paliers discontinus stricts, dans un domaine par essence fluide et linéaire. Le même problème se retrouve avec les échelles dépression.

La clinique psychiatrique est avant tout affaire d'appréciation subtile entre quantité et qualité symptomatiques, et de mise en contexte des symptômes allégués dans l'équilibre général du sujet. Sans ce travail, essentiel, de pondération des troubles au sein d'une histoire plus vaste, celle d'une vie, les psychiatres aboutissent à coup sûr à voir du pathologique là où ne n'expriment, au bout du compte, que des réactions normales.

Il est temps de réhabiliter le trouble de l'adaptation, monnaie courante de nos consultations, devenue, sans

qu'on y ait pris garde, une rareté clinique. N'en déplaise aux marchands d'antidépresseurs (1).

REFERENCES

1. Casey P., Dowrick C., Wilkinson G. Adjustment disorders : Fault line in the psychiatric glossary. Br J Psychiatry 2001 ; 179 : 479-481.
2. Dans les deux sens, il faut le reconnaître. Mais dans le cas qui nous préoccupe, c'est surtout dans le sens de la pathologisation qu'on les enjambe.