

Bernard Jumel

Aider l'enfant dyslexique

3^e édition



InterEditions

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© InterEditions, 2015

InterEditions est une marque de
Dunod Éditeur, 5 rue Laramiguière, 75005 Paris
ISBN 978-2-7296-1468-3

(© InterEditions-Dunod, Paris, 2009, 2011
pour les précédentes éditions)

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

■ TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	IX
Introduction	1
1. Qu'est-ce que la dyslexie ?	6
La dyslexie dans la Classification internationale des maladies (CIM 10) de l'OMS	9
La dyslexie dans la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA R-2012)	11
2. Un trouble spécifique en question	13
Les « antécédents »	14
La dysorthographe	15
Une précision dans la cftmea : la confusion par proximité	17
Les « troubles émotionnels »	18
3. Trouble dyslexique/dysorthographique et troubles émotionnels	21
Que sont les troubles comportementaux et troubles émotionnels associés ?	23
Prévalence des troubles émotionnels	26

Pourquoi le diagnostic médical est-il rarement posé sur les troubles émotionnels ?	28
Les troubles émotionnels si divers ont-ils quelque chose en commun ?	31
4. Conduites de récits sur images des enfants dyslexiques	33
Les conduites des enfants dyslexiques se distinguent-elles des conduites d'enfants non dyslexiques ?	33
L'enfant dyslexique dans un test de récit sur image	36
5. Conduites des enfants dyslexiques dans une épreuve de dessin	46
L'épreuve de reproduction d'une figure géométrique complexe de Rey	46
La Figure de Rey, une épreuve d'organisation perceptive	47
La dyslexie au regard de la Figure de Rey	49
L'enfant dyslexique dans l'épreuve de la Figure de Rey	51
6. Conduites des enfants dyslexiques dans les épreuves de type « Piaget »	58
Les épreuves Piaget dans l'examen psychologique de l'enfant	58
Les épreuves Piaget dans l'examen de l'enfant dyslexique	60
Conclusion	71
7. Aux parents, éducateurs et rééducateurs	78
Principes pour l'aide à l'enfant dyslexique	78
<i>Refuser de jouer à « Qui est le plus fort », refuser l'affrontement, 79 • Des précautions, 82 • Quelles erreurs éviter ?, 83 • Au milieu des petits, 84 • Avec l'enfant,</i>	

<i>au début d'apprentissages laborieux, ou très mal engagés, 86 • Face au refus, tenir la place de l'enfant, 87</i>	
Le refus de lecture	87
8. Aux psychologues, aux médecins, et aux rééducateurs	89
Si l'on parlait de l'aide à l'enfant en échec scolaire	89
Le trouble d'apprentissage selon la clinique psychanalytique à l'école	93
Critique de la position commune d'un point de vue psychanalytique	98
Place de la psychanalyse dans l'enseignement	100
Un fondement psychanalytique à la rééducation d'un trouble d'apprentissage	104
9. Remédiation de la dyslexie en petit groupe d'enfants	108
Arguments en faveur du travail en petit groupe d'enfants	108
Une séquence de travail en groupe	112
Commentaires	122
10. L'aide apportée par le parent à l'enfant en difficulté tôt dans l'apprentissage	129
La base commune des aides parentales : subvertir l'opposition de l'enfant	129
Élaboration de l'aide à un enfant en échec dans le cours du premier CP	131
Conclusion	144
11. L'aide apportée à l'enfant en difficulté persistante, après le diagnostic de dyslexie	145

12. Quelques vérités... et contrevérités sur le trouble dyslexique	157
Ce qu'est la dyslexie	159
Les conséquences de la dyslexie	162
L'enfant dyslexique, entre le normal et le merveilleux	165
Identifier la dyslexie	168
Un premier test diagnostique est-il possible par les parents ?	169
Prévalence de la dyslexie	170
De la confusion des lettres chez le dyslexique à la confusion des catégories chez le rédacteur	171
13. Des questions souvent posées concernant les aides aux enfants dyslexiques	173
Que penser de la recommandation de mettre un ordinateur portable à disposition de l'enfant dyslexique ?	173
Faut-il éviter l'écriture ?	177
Apprendre l'alphabet ?	180
Quels exercices éviter dans le travail avec l'enfant dyslexique ?	184
<i>Des exercices opposant des homonymes, 184 • Les exercices à trous, 185</i>	
Et le tiers temps ?	186
La dyslexie constitue-t-elle un handicap ? À quels droits ouvre-t-elle en ce cas ?	187
<i>Qu'en est-il pour l'enfant dyslexique ?, 189 • Une remarque, 190</i>	
Peut-on être à la fois parent et praticien de l'enseignement de la lecture ?	191

14. Éducation nationale et dyslexie	196
Ce que fait l'éducation nationale concernant la dyslexie	196
<i>Les prémices, 196 • Seconde étape, le rapport Ringard et ses conséquences, 200 • La circulaire sur les PAI (projets d'accueil individualisé), 204 • Troisième étape : tout est trouble du langage, tout est trouble d'apprentissage, 207 • Actuellement, 210</i>	
Ce qu'il revient à l'Éducation nationale de faire	216
<i>Recentrer l'Éducation nationale sur l'aide spécifique qui peut être apportée aux enfants dyslexiques, 216 • Localement, en commençant sur le plan départemental, réaffirmer et nourrir les composantes professionnelles œuvrant dans l'institution, 218</i>	
Conclusion : Pour le retour à la pédagogie et à l'école	220
Bibliographie	223
Annexes	227
Textes officiels	227
Liste des sigles utilisés	228

*À la mémoire de Rosine Debray,
qui m'a fait l'honneur de diriger ma thèse de Doctorat, « dysorthographe et
anaclitisme » soutenue en 1991 à Paris 5.*

*Les intuitions nées des échanges alors étaient partagées, elles trouvent ici
naturellement leur place, affinées et affirmées après une longue attente. Par là,
Rosine Debray aurait apprécié le rôle ainsi prêté au temps, qui peut être mis au
défi d'effacement, quand la sûreté de retrouver autrement s'est solidement ancrée
dans la vie psychique.*

■ AVANT-PROPOS

CETTE TROISIÈME ÉDITION de « Aider l'enfant dyslexique » a été l'objet de remaniements.

Nous avons donné une autre assise à l'ouvrage en élargissant notre argumentation en faveur d'une aide à l'enfant là où il apprend, et par celui ou celle qui lui enseigne, sinon au plus près du lieu où il apprend¹. Nous nous appuyions précédemment sur des éléments déduits des données de l'examen psychologique de l'enfant dyslexique en nombre restreint, et essentiellement d'une épreuve projective. Nous confirmons dans la présente édition les données par une épreuve d'organisation perceptive (Figure de Rey), et des épreuves de logique opératoire de type Piaget.

Les hypothèses permises par l'ensemble sont évidemment plus fortes, et enseignent d'une autre voix que l'hypothèse étiologique neuropsychologique est inutile. Nous n'avons pas besoin de cette hypothèse pour donner du sens au trouble, par ailleurs, en l'état, elle est un obstacle sur la voie des solutions pédagogiques qui s'imposent.

Plus que jamais il importe d'outiller les parents et les enseignants, les psychologues et les médecins qui souhaitent changer le cours pris par les difficultés de l'enfant d'une manière intelligible à l'enseignement/apprentissage.

1. À défaut, l'aide peut être apportée ailleurs, à l'extérieur de l'école, par des personnes dont c'est le métier, ou qui en ont l'expérience, elle peut aussi être apportée par l'un ou l'autre de ses parents.

Résumons donc l'axe compréhensif du trouble présenté :

- l'écriture et la lecture sont un produit de notre culture. Elle est, comme telle, l'objet d'une transmission. La transmission de culture est la mission de l'enseignement dans nos écoles.
- À ce titre encore, les difficultés d'apprentissage, trop vite devenues des « troubles », doivent être considérées simultanément comme des difficultés à enseigner, c'est-à-dire à transmettre ce produit de notre culture. Promue par la plus récente nomenclature médicale de l'association américaine de psychiatrie, le DSM-5, l'hypothèse d'un trouble neurodéveloppemental n'est ici d'aucune utilité, tant elle est en peine de dire au pédagogue *ce qu'il faut faire pour remédier à la dyslexie*.
- Pour savoir ce qu'il faut faire, il faut examiner et apprendre les réalités dans deux directions :
 - celles qui concernent notre écriture,
 - celles qui concernent l'enfant, au moment du développement de ses fonctions psychologiques où il aborde l'écriture.

Il convient en effet de saisir ce que l'écriture alphabétique oppose à cet enfant en particulier.

- Les outils de l'examen psychologique, les tests, permettent d'identifier, ailleurs que dans la lecture, des particularités dans les processus de réponse significativement fréquentes chez les enfants dyslexiques. Elles permettent de saisir le « mécanisme » par lequel un certain type de processus de réponse singulier opère constamment, quand le dyslexique rencontre une difficulté qui est au regard de ses défenses, de même nature que dans l'écriture alphabétique. Nous retrouvons constamment la négation du temps et la négation des « petites » différences. Ces particularités se retrouvent à tous les âges de la scolarité primaire chez l'enfant dyslexique/dysorthographique et souvent bien plus tard encore.

- Pour le psychologue, ces constats issus de l'examen psychologique approfondi induisent des hypothèses dans deux directions
 - sur le fonctionnement mental d'ensemble de l'enfant, hypothèses qui seront selon les nomenclatures médicales formulées en termes de troubles « accompagnant » (dans les termes très mesurés des classifications), par exemple pour la CIM 10, ou formulées en termes d'hypothèse d'organisation mentale propre à l'enfant de cet âge pour la CFTMEA R-2012..
 - en faveur d'approches singulières dans les rééducations, concernant à la fois les modes de relation devant être privilégiés dans le travail avec l'enfant dyslexique, et la manière d'aborder favorablement les obstacles habituels rencontrés par ces enfants dans l'apprentissage de la lecture/écriture alphabétique.

Tout ce qui était nécessaire à la compréhension du lecteur concernant les plans d'attaque mis en place par le gouvernement contre la dyslexie, sous la pression de groupes, a été conservé dans cette édition.

Ont été conservés aussi, et augmentés les chapitres qui font apparaître que l'essentiel n'est pas fait contre la dyslexie, qui est de donner des arguments et des outils aux enseignants pour qu'ils soient impliqués, non dans le seul dépistage pour demander à d'autres de s'occuper du bébé – ce qui se fait effectivement – mais dans la remédiation des difficultés qui passera toujours par la pédagogie, quoi qu'on en dise hors l'école – ce qui ne se fait pas de façon conséquente.

Nous avons écarté en revanche un chapitre s'attachant à la description de profils dyslexiques, ou de certains fonds de personnalité, ils cristallisent parfois des discussions inutiles en ce qu'elles mènent à des impasses.

Une recommandation : considérer cet ouvrage à la manière d'un dictionnaire : il est constitué de 12 chapitres, qui sont en fait 12 articles. Lire à la manière d'un dictionnaire, c'est choisir les chapitres qui nous sont nécessaires, la lecture d'un bout à l'autre de l'ouvrage n'est pas un exercice imposé.

■ INTRODUCTION

AIDER L'ENFANT DYSLEXIQUE c'est, ici, aider le parent, l'éducateur ou l'enseignant à reprendre sa place auprès de l'enfant dyslexique, après que le diagnostic ait été posé.

Reprendre sa place parce que, le plus souvent, il l'a perdue.

Le diagnostic de dyslexie présente l'avantage d'une précision quant à l'importance, des difficultés et retards d'acquisition de lecture d'un enfant.

Mais au cours du processus qui a conduit au diagnostic, des spécialistes sont intervenus à divers moments pour permettre finalement au praticien – c'est-à-dire au médecin – d'identifier le trouble, et d'apprécier l'importance de la déficience fonctionnelle en cause – selon les termes du « *guide barème* » pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées¹.

Le diagnostic de dyslexie étant ainsi, par le *Guide barème*, une affaire médicale, au prix d'une catégorisation discutable de la dyslexie comme trouble du développement du langage et non comme trouble du développement des apprentissages, le parent comme l'enseignant peut légitimement se demander si quelque chose lui revient de l'aide à apporter à son enfant. Nous voulons dire d'une aide réelle, s'inscrivant dans le cours des apprentissages, en tout état de cause d'une aide qui ne

1. Annexe du Décret du 4 novembre 1993, transformé en annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles par le décret du 21 octobre 2004, modifié par le décret du 6 novembre 2007.

saurait se réduire à l'accompagnement de l'enfant dans les consultations spécialisées extérieures à l'école.

La question est importante. Elle se pose dans des termes proches aux enseignants, muets sur leur savoir-faire face aux recommandations benoîtes¹ qui leur sont adressées à l'occasion par des centres spécialisés dans l'identification du trouble et le soin aux enfants dyslexiques.

Notons-le, pour parler de dyslexie, les mots choisis, « troubles spécifiques » dans la littérature actuelle sur le sujet², mettent en avant un aspect « maladie ». « Trouble » est un terme du vocabulaire médical, tandis que le terme d'apprentissage est évité. L'acquisition de la lecture/écriture est ainsi considérée « indépendamment » du développement des fonctions psychiques supérieures dans leur ensemble. Par ces choix la dénomination relève déjà d'une conception partisane, qui n'est pas acceptable. Elle conduit à des aberrations comme de considérer, par exemple, que les troubles de comportement, ou anxieux, ou dépressifs éventuels présentés par l'enfant, et mentionnés par ceux qui vivent avec lui, ne seraient, et ne pourraient être que la conséquence de la dyslexie, considérée comme trouble premier sans cause décelable³.

Cette conception n'est pas seulement douteuse, elle peut entraver le dégagement d'une aide appropriée à l'enfant. Si, *a contrario*, notre but est l'aide, alors le diagnostic doit être établi avec ces deux précautions :

- concevoir qu'une aide apportée à un enfant s'adresse à sa personne, à toute sa personne. Elle doit être agréée par l'enfant (respectueuse de ses

1. Les mots ne viennent pas par hasard sous la main de celui qui écrit : benoîtes est le terme le plus juste pour signifier des recommandations faites sur un ton doux, conforté par une certaine niaiserie dans les affirmations « de bon sens ».

2. Il est question de « trouble » et pas toujours de « trouble de l'apprentissage » mais plus souvent, au mépris des classifications médicales de référence, de trouble du langage.

3. C'est une conception linéaire simpliste de la cause et de l'effet fréquemment avancée : l'enfant apprend peu ou mal à cause de la dyslexie-maladie, ce qui explique sa désaffection pour l'école et sa mauvaise image de soi : en bref, la dyslexie « trouble spécifique » résumerait la totalité de la personne.

défenses), et ne peut être conçue comme une purge destinée à éliminer des parasites ; elle doit pouvoir être accueillie par lui sans déclencher de mouvements d'opposition latents – expressions des troubles émotionnels « fréquents » accompagnant le « trouble spécifique » ;

- partir d'une large quantité d'informations sur la manière dont l'enfant dyslexique répond et s'organise face à d'autres problèmes que ceux de la lecture. Curieusement, il n'est pas d'usage en matière de diagnostic de la dyslexie de pratiquer un examen psychologique étendu, incluant notamment des tests projectifs, des épreuves de pensée logique de type « Piaget »¹, une épreuve graphique d'organisation perceptive... Il semble en ce domaine, que le mot « spécifique » a gelé une fois pour toutes des questions en suspens. Il est urgent de les ranimer en répondant à cette question : *Y a-t-il, ailleurs que dans les tests de lecture et d'orthographe des manières, des procédures de réponses propres aux enfants dyslexiques, qui les distinguent de leurs camarades ?*

La plus grande partie du livre est consacrée à ces questions, mais elles peuvent être différemment formulées :

- l'aide s'adresse à l'enfant : insistons sur cette réalité qui le distingue radicalement de celle de l'adulte. L'enfant est un être en développement, immature par définition, qui engage dans son processus de croissance des adultes impliqués et accompagnant. Leur sollicitude, au sens de Winnicott, est la condition à ce que le sens des remédiations soit perçu favorablement par l'enfant, dans le sens d'une expérience des appuis qu'il sollicite parfois ;
- cette aide, aux couleurs de sollicitude, s'appuie elle-même sur une connaissance réelle et approfondie de l'ensemble des caractéristiques

1. Une exception notable faite de travaux menés avec ou sous la direction de Claire Meljac (voir Meljac et Lemmel, 1994, 2007). Ces auteurs identifient une « constellation » fréquemment identifiée chez des enfants présentant de « très gros retards de lecture », dans les épreuves de type Piaget constituant l'UDN-II (utilisation du nombre).

qui entourent le trouble, ou l'accompagnent, ou en découlent. La connaissance approfondie doit être aussi connaissance de l'enfant dans cette période de sa vie où les apprentissages scolaires prennent la plus grande place.

L'ouvrage assure la partie connaissance de l'enfant, connaissance de la dyslexie, connaissance de ce qui l'entoure dans ses premiers chapitres, au travers d'une mise en question nécessaire des définitions du trouble selon les classifications médicales. La discussion sur ce qui les oppose permet de situer les troubles accompagnant « souvent » la dyslexie, et nous permet de saisir qu'ils peuvent apparaître sous un autre jour quand la classification admet le concept d'organisation mentale, ce qui est le cas de la CFTMEA R-2012. *Les trois premiers chapitres sont consacrés à ces questions.*

La seconde partie n'est plus prise dans les livres, ceux qui suivent les textes de référence, ou ceux qui s'y opposent au nom de ce qu'ils veulent entendre de la neuropsychologie. Elle est issue d'une longue démarche clinique, et emprunte ses outils à la psychologie des tests.

Le lecteur pourra constater que les références utilisées ici, en matière de tests, appartiennent à deux champs distincts de l'examen psychologique, qui sont l'examen de l'intelligence par les tests classiques, et l'examen de la personnalité par les tests projectifs. Nous répondons qu'il nous fallait bien cette double référence, ou ces deux domaines, parlant finalement d'un ton égal, pour nous permettre certaines affirmations.

Trois chapitres rapportent les données issues des tests, qui permettent de poser autrement la question de la dyslexie, en élargissant considérablement nos connaissances sur le trouble, sur la dyslexie et sur ce qui l'organise. Ce sont les chapitres 4, 5, et 6.

La troisième partie, est constituée de deux chapitres, elle tente d'extraire, des chapitres précédents, les enseignements nécessaires à repenser les fondements de l'aide à l'enfant dyslexique. Le premier de ces deux chapitres est *une adresse aux psychologues, médecins et rééducateurs*, très lisible par les psychologues et médecins, mais accessible à tous.

Le second est *une adresse aux parents et éducateurs* en général, à ceux qui veulent comme nous « avoir les mains dans le cambouis¹ », en se trouvant au plus près de l'objet de leur préoccupation, l'enfant et la lecture : ce chapitre résume un certain nombre de recommandations pour ne pas souffrir et faire souffrir. Elle répond, de fait, sur des points particuliers à notre souci de ne pas heurter les défenses de l'enfant.

La quatrième partie est constituée de trois chapitres. Elle présente des rééducations de la lecture dans trois situations différentes. Le chapitre consacré à la *rééducation en petit groupe d'enfant* est nouveau dans cette édition. Il était d'autant plus nécessaire qu'il s'enracine le plus profondément dans toutes les considérations égrenées au fil de l'ouvrage sur le « monde » de l'enfant dyslexique. Nous lui consacrons la plus grande place.

Les trois chapitres restants constituent la cinquième et dernière partie. Ils répondent à de nombreuses questions que la construction de l'ouvrage n'a pas permis de régler dans son cours. Ceux-là n'ont pas été changés, l'actualité est restée ce qu'elle était dans l'édition précédente.

1. Une référence qui peut ne pas apparaître du meilleur goût. Précisons : mettre les mains dans le cambouis, c'est entre autres choses, arrêter de pérorer de sa place de médecin ou de psychologue sur la nature du trouble, et se poser concrètement le problème du travail avec l'enfant. Si tous les gars du monde qui parlent retroussaient leurs manches...

Qu'est-ce que la dyslexie ?

DANS L'ÉDITION PRÉCÉDENTE de « Aider l'enfant dyslexique », nous pouvions écrire :

« *La dyslexie* est définie dans la classification de l'association américaine de psychiatrie (DSM IV), la Classification Internationale des Maladies, chapitre 10, proposée par l'Organisation mondiale de la santé (CIM 10), et la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, révision 2000 (CFTMEA R-2000) publiée par le CTNERHI. Ces trois classifications de référence ont le souci d'utiliser un langage commun pour parler des mêmes choses, entre spécialistes d'origines linguistiques diverses ou travaillant avec des cadres théoriques différents. Elles sont requises dans notre pays pour l'application du "guide brème" de la sécurité sociale (1993) qui sert notamment à la détermination du taux d'incapacité.

Ailleurs, les plus grandes sources de divergences entre spécialistes proviennent des arrière-plans théoriques divers qui leur sont nécessaires pour penser et classer les troubles. En fonction de ces arrière-plans, un signe clinique signifiant pour l'un peut ne pas l'être pour l'autre... Aussi les classifications de référence sont-elles fondées sur la sémiologie (les signes) des troubles essentiellement, et refusent-elles les présupposés sur l'étiologie (les causes).

La question est importante pour la dyslexie, nous le verrons plus loin, mais ce préambule permet une précision immédiate : pas plus sur la dyslexie qu'ailleurs, les classifications de référence ne peuvent admettre dans leur définition le présupposé d'une origine du trouble, pas plus neurologique que psychologique, toute hypothèse sur l'origine court-circuitant la discussion sur les signes et opposant les praticiens. »

Les choses ont radicalement changé en peu d'années. Avec la dernière version (DSM-5) de la nomenclature américaine, les principes de classification qui prévalaient jusqu'à la version DSM-IV-TR ont été mis de côté pour les troubles présentés par les enfants :

- Le titre de la partie enfant n'apparaît plus sous la forme « troubles habituellement diagnostiqués au cours de la première enfance, de la deuxième enfance ou de l'adolescence ». L'enfant même n'est plus nommé, et ce qui était auparavant accessible sous la référence enfance apparaît sous le titre suivant « troubles neurodéveloppementaux ».
- Comme nous n'imaginons pas que de tels remaniements se soient faits « à la légère », nous devons retenir une double indication qui aura un poids considérable sur le sens du diagnostic, et sur les traitements :

C'est bien la référence « enfant » qui disparaît,

Et un parti pris causal qui apparaît, l'option « trouble neurodéveloppemental ».

Autant dire que les mérites communs que nous trouvions il y a peu aux trois classifications de référence ne s'étendent malheureusement plus à la classification américaine, telle qu'elle a été proposée en 2013. Nous imaginons que cela ne s'est pas fait sans heurt : des associations constituées et représentatives aux États-Unis ont refusé de cautionner, des spécialistes de tout premier plan dont le précédent coordonnateur de la classification DSM IV se sont élevés contre les options représentées par la version nouvelle DSM-5. Cet auteur a même proposé un manuel de correction du DSM-5. Le principal reproche fait partout à la nouvelle version est une fâcheuse tendance à la médicalisation de la vie ordinaire¹.

1. Ce n'est pas hélas la seule critique, la liste est longue : le lecteur peut en avoir une vue d'ensemble dans un article consacré à la polémique paru dans le journal le monde, sous le titre « Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou » in *LE MONDE SCIENCE ET TECHNO*, mis en ligne le 13.05.2013 à 17h35, mis à jour le 17.05.2013 à 15h01, signé par *Sandrine Cabut*, à l'adresse <http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html>