

Les particularités du DSM-V

The DSM-V : an overview

G. Loas

Service de Psychiatrie et Laboratoire de Recherches Psychiatriques (Unité ULB 266),
Hôpital Erasme, ULB

RESUME

La classification américaine des troubles mentaux depuis sa troisième version (DSM-III) connaît un retentissement important sur le plan mondial avec son adoption dans de nombreux pays au détriment de la classification mondiale élaborée par l'Organisation Mondiale de la Santé. L'historique du DSM est abordé suivi par les particularités de la 5^{ème} version sortie en 2013 et publiée en français en 2015.*

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 231-4

ABSTRACT

The aim of the present article is to present an overview of the recently published 5th version of the DSM. After a brief historic of the different versions of the DSM since the third edition, the main features of the classification were presented followed by the particularities of the fifth version.

Rev Med Brux 2016 ; 37 : 231-4

Key words : psychiatry, classification

INTRODUCTION

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux dans sa cinquième version a été publié en 2015 pour la version française^{***} et en 2013^{***} pour la version originale en américain. Ce manuel est la classification officielle de l'association américaine de psychiatrie et n'est applicable en théorie qu'aux Etats-Unis alors que dans le reste du monde peuvent s'appliquer soit des classifications par pays soit la classification internationale des maladies (CIM-10)^{****} de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Malgré ces deux possibilités le DSM a un retentissement international très important et s'impose comme classification officielle dans de nombreux pays. Ce retentissement ne peut être compris que par la prise en compte de l'historique de cette classification. Dans la première partie nous évoquerons cet historique pour ensuite envisager dans un second temps les particularités de la cinquième édition.

HISTORIQUE DU DSM

Le DSM remonte à 1952 pour la première édition, 1968 pour la deuxième édition et 1980 pour la troisième édition. Cette troisième version se différencie radicalement des versions antérieures et constitue une véritable rupture par rapport aux précédentes versions. Elle intervient aussi dans un contexte particulier sur le plan

historique quant à l'attente des psychiatres américains.

Dans les années 60 et 70 régnaient aux Etats-Unis une orientation psychodynamique au sens de psychanalytique et une orientation sociale de la psychiatrie. La conception de la psychiatrie est reflétée aussi par la 9^e version de la classification internationale des maladies de l'organisation mondiale de la santé très influencée notamment par la psychobiologie d'Adolf Meyer selon laquelle les troubles psychiatriques sont considérés comme des réactions particulières de l'organisme face à des stress environnementaux. L'intérêt pour la nosographie est faible et la psychiatrie trouve une place fragile parmi les autres disciplines médicales. Les psychiatres américains éprouvent un sentiment de malaise puisque les patients bénéficient soit de psychanalyses soit d'une prise en charge sur le plan social ce qui explique que les malades soient

* DSM-III : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition. American Psychiatric Association (APA), 1980

** DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition. American Psychiatric Association (APA), 2013

*** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-5, fifth edition. American Psychiatric Association (APA), 2015

**** Organisation Mondiale de la Santé : Classification internationale des maladies - dixième révision - chapitre V (F) : troubles mentaux et troubles du comportement : descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève, OMS, 1993

majoritairement pris en charge par des non psychiatres : psychanalystes, psychologues, travailleurs sociaux. L'absence de fiabilité des diagnostics a été mise en exergue d'une part par des procès de célébrités aux Etats-Unis ou des expertises psychiatriques sur une même personne donnaient des diagnostics différents et par des études internationales dont l'étude pilote sur la schizophrénie diligentée par l'Organisation Mondiale de la Santé qui avait objectivé pour des mêmes patients un risque plus élevé de diagnostic de schizophrénie lorsque le diagnostic était effectué par un psychiatre américain par rapport au diagnostic posé par un psychiatre anglais. Dans les suites et à visée uniquement de recherche ont été mise au point des critères diagnostiques de recherche d'une part les critères dits de Saint Louis et d'autre part les critères de Spitzer. Ces critères permettaient de faire des diagnostics précis et préfigureront les critères utilisés dans le DSM-III. Ces critères diagnostiques autorisaient la mise au point des arbres diagnostiques et permettaient d'arriver à des diagnostics précis.

Dans le cadre de la mise au point du DSM-III des groupes de travail ont été mis en place pour les différents troubles psychiatriques avec comme objectifs communs d'assurer la fiabilité des diagnostics définis par des critères précis. Les différents symptômes doivent avoir une fiabilité inter-juges élevée traduit par le coefficient de concordance kappa (valeur entre 0 et 1). Cette recherche de fiabilité a conduit à ne retenir que des symptômes facilement identifiables en privilégiant notamment les comportements observés ou facilement identifiables au détriment des comportements plus complexes ou des dimensions subjectives ou intersubjectives.

Par ailleurs afin d'avoir un langage commun entre les psychiatres les auteurs ont proposé de supprimer dans la terminologie tous les termes connotés sur le plan théorique comme les termes psychoses, névroses, hystérie ou mélancolie. L'approche théorique prônée a été l'approche athéorique en retenant une approche syndromique et en choisissant le terme de " *disorders* " et non de " *disease* ". Parmi les autres points originaux de la classification on peut mentionner l'utilisation d'une approche multiaxiale en distinguant d'une part les troubles de l'axe I correspondant aux troubles aigus ou chroniques et d'autre part les troubles de l'axe II correspondant aux troubles de la personnalité et aux troubles apparaissant dans l'enfance et/ou l'adolescence. Trois autres axes ont été proposés. Les axes III et IV répertorient respectivement les pathologies somatiques associées et les facteurs de stress susceptibles d'avoir influencé les troubles psychiatriques. Enfin l'axe V évalue l'adaptation psychosociale des malades lors de l'année écoulée.

D'autres caractéristiques de la classification constituent une rupture par rapport à avant. La règle hiérarchique de Jaspers donnant plus de poids aux symptômes psychotiques par rapport aux symptômes affectifs est remise en cause avec l'apparition de troubles affectifs présentant des idées délirantes

congruentes à l'humeur. Une des conséquences sera de rendre éligible aux antidépresseurs et aux thymorégulateurs beaucoup de patients.

Pour illustrer les conséquences du DSM-III il est possible de prendre la définition du trouble schizophrénique qui devient un trouble chronique, avec au moins 6 mois de symptômes, caractérisé par essentiellement des idées délirantes et des hallucinations et des signes évoquant un automatisme mental. Il s'agit d'une définition proche de celle d'un psychiatre allemand, Kurt Schneider, définissant la schizophrénie par l'existence de symptômes de premier rang (hallucinations, idées délirantes). Antérieurement dans le DSM-II et la classification de l'OMS (CIM-9) la définition de la schizophrénie était basée sur les symptômes fondamentaux d'Eugen Bleuler caractérisés par les troubles des associations, l'autisme, les troubles de l'affectivité et l'ambivalence.

Le DSM-III dès sa sortie aux Etats-Unis en 1980 a connu un succès mondial avec de nombreuses traductions. Ce succès s'est expliqué notamment par l'attente importante en matière de nosographie et par la nécessité d'avoir des catégories fiables pour permettre de découvrir les causes des troubles.

L'influence du DSM-III s'est effectuée de manière indirecte via la 10^{ème} version de la classification internationale des maladies de l'OMS. Au moment où sortait le DSM-III était en cours d'élaboration la nouvelle version de la CIM-X pour laquelle de nombreux groupes de travail internationaux étaient à l'œuvre pour les différentes catégories de troubles psychiatriques. Lors de ces groupes de travail par pathologies le premier travail effectué était celui d'un recueil des travaux déjà effectué. Or de manière naturelle ce recueil bibliographique a montré une représentation importante des travaux américains notamment ceux diligentés pour l'élaboration récente du DSM-III. Il est ainsi frappant de constater la grande similitude entre le DSM-III et la CIM-X, cette dernière classification a adopté elle aussi une définition des troubles par des critères diagnostiques. Ainsi les définitions de certains troubles sont très proches entre le DSM-III et la CIM-X.

Après la parution du DSM-III, trois autres versions ont été publiées (DM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR) avant le DSM-V, respectivement en 1987, 1994 et 2000.

DSM-V

Le DSM-V a été publié en 2013 soit 13 ans après le texte révisé du DSM-IV (DSM-IV-TR). Il se caractérise par plusieurs points.

Le système multi-axial disparaît avec la suppression d'un axe à part pour les troubles de la personnalité. Les troubles apparus dans l'enfance sont pris en compte dans une perspective développementale et longitudinale, ce qui aboutit à un chapitre sur les

troubles neuro-développementaux. Les troubles de l'humeur sont simplifiés avec la distinction entre troubles bipolaires et troubles dépressifs. Des troubles nouveaux apparaissent, tels que le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle, ou le sevrage de la caféine. Le DSM-V a été conçu pour être compatible avec la nouvelle version de la CIM (CIM-XI). Par ailleurs on peut noter qu'une approche dimensionnelle avait été proposée notamment pour les troubles de la personnalité.

A titre d'exemple les critères diagnostiques de la schizophrénie sont les suivants selon le DSM-III (1980), la CIM-X (1992) et le DSM-V (2013).

DSM-III : CRITERE A DE SCHIZOPHRENIE

Critère A : Présence de symptômes psychotiques caractéristiques dans la phase active de la maladie ; soit (1), (2), ou (3) pendant au moins une semaine :

(1) Deux des symptômes suivants :

- (a) Idées délirantes.
- (b) Hallucinations au premier plan.
- (c) Incohérence ou perte marquée des associations.
- (d) Comportement catatonique.
- (e) Affect émoussé ou inapproprié.

(2) Idées délirantes bizarres.

(3) Hallucinations au premier plan.

CIM-10 (1992) : CRITERES DIAGNOSTIQUES DE LA SCHIZOPHRENIE

Symptômes caractéristiques : ≥ 1 critère (1 à 4) ou ≥ 2 critères (5 à 8), pendant ≥ 1 mois, ou critère (9) pendant ≥ 12 mois (soit 1 an pour la schizophrénie simple), sans faire référence à une phase prodromique non psychotique :

1. Écho de la pensée, pensées imposées ou vol de la pensée, divulgation de la pensée.
2. Idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, se rapportant clairement à des mouvements corporels ou à des pensées, actions ou sensations spécifiques, ou perception délirante.
3. Hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix commentent en permanence le comportement du patient, ou parlent de lui ou autres types d'hallucinations auditives dans lesquelles une ou plusieurs voix émanent d'une partie du corps.
4. Autres idées délirantes persistantes, culturellement inadéquates ou invraisemblables, concernant p. ex. l'identité religieuse ou politique ou des pouvoirs surhumains (être capable de contrôler le temps, ou de communiquer avec des extraterrestres...).
5. Hallucinations persistantes de n'importe quel type,

accompagnées soit d'idées délirantes fugaces ou à peine ébauchées, sans contenu affectif évident, soit d'idées surinvesties persistantes, ou hallucinations survenant quotidiennement pendant des semaines ou des mois d'affilée.

6. Interruptions ou altération par interpolations du cours de la pensée, rendant le discours incohérent et hors de propos, ou néologismes.
7. Comportement catatonique : excitation, posture catatonique, flexibilité cireuse, négativisme, mutisme ou stupeur.
8. Symptômes " négatifs " : apathie importante, pauvreté du discours, émoussement affectif ou réponses affectives inadéquates (ces symptômes sont généralement responsables d'un retrait social et d'une altération des performances sociales). Il doit être clairement établi que ces symptômes ne sont pas dus à une dépression ou à un traitement neuroleptique.
9. Modification globale, persistante et significative de certains aspects du comportement, se manifestant par une perte d'intérêt, un comportement sans but, une inactivité, une attitude centrée sur soi-même, et un retrait social.

DSM-V (2013) : CRITERE A DE SCHIZOPHRENIE

Critère A : Deux symptômes présents parmi 5 dont au moins l'un des symptômes (1), (2) et (3)

- (1) Idées délirantes.
- (2) Hallucinations.
- (3) Discours désorganisé.
- (4) Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
- (5) Symptômes négatifs.

Il apparaît clairement que dans le DSM-III le diagnostic de schizophrénie est basé surtout sur les hallucinations et les idées délirantes et que cette définition est proche de celle de la CIM-X. Par contre la définition du DSM-V donne plus de poids aux symptômes fondamentaux de Bleuler.

CONCLUSION

Le DSM-V est une classification utile permettant une rigueur diagnostique et donnant un langage commun aux psychiatres. Le principal inconvénient est lié à la validité hypothétique des différents diagnostics qui traduisent l'expression clinique de syndromes et non de maladies. Le concept de maladie mentale n'est pas valide en psychiatrie. De nombreux auteurs ont contesté l'utilité de cette classification voire ses dangers¹ mais dans la mesure où n'existent pas d'alternatives classificatoires crédibles et validées il convient d'utiliser soit le DSM-V soit la CIM-X.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

1. Corcos M : Qui a peur de la maladie mentale ? 10 bonnes raisons de se méfier du DSM-5. Dunod, 2015

Correspondance et tirés à part :

G. LOAS
Hôpital Erasme
Service de Psychiatrie et Laboratoire de Recherches
Psychiatriques
Route de Lennik 808
1070 Bruxelles
E-mail : Gwenole.Loas@erasme.ulb.ac.be

Travail reçu le 2 juin 2016 ; accepté dans sa version définitive le
14 juin 2016.