

LE DSM-5

LES HAUTS ET LES BAS D'UN MANUEL CONTROVERSÉ

M^{me} Dürer, 45 ans, vous consulte devant l'insistance de son fils qui s'inquiète de son état de santé mentale. Le fils vous mentionne qu'il n'a jamais vu sa mère aussi déprimée. Comment les nouveaux critères du DSM-5 pourraient-ils guider vos impressions diagnostiques et orienter votre plan de traitement?

Claude Blondeau

La cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*¹ a été publiée en 2013 dans la controverse. Plusieurs personnes ont dénoncé l'assouplissement des critères diagnostiques de nombreux troubles, conduisant à une démultiplication insensée des diagnostics et à une « médicalisation progressive de la normalité »^{2,3}. Les conflits d'intérêts potentiels de certains experts des groupes de travail liés aux compagnies pharmaceutiques ont également été décriés⁴. Les deux principaux artisans du manuel ont défendu leur approche en soulignant la nécessité de prendre en considération les nouvelles données fournies par les neurosciences⁵. La visée du DSM-5 s'inscrit ainsi dans la continuité directe du plus récent programme de recherche du National Institute of Mental Health (NIMH), qui souhaite maintenant étudier les troubles mentaux en tenant compte des données physiopathologiques (substrats et circuits neuronaux, génétique, etc.), et non plus simplement à partir d'observations phénoménologiques descriptives⁶. Les auteurs ont d'ailleurs remplacé les chiffres romains (I-IV) des éditions précédentes par des chiffres arabes pour permettre une mise à jour plus fréquente (DSM-5.1, DSM-5.2, etc.) dès la publication de nouvelles données probantes. Le diagnostic en cinq axes a par ailleurs été supprimé afin de situer les troubles de la personnalité et la déficience intellectuelle sur le même plan que les autres troubles mentaux et d'assurer un meilleur arrimage avec les systèmes diagnostiques des différents domaines médicaux. Également, un plus grand nombre de problèmes de santé (par exemple, le syndrome d'apnée du sommeil) ont été inclus dans le manuel, de façon à accentuer le « dialogue » avec les autres spécialités médicales⁷.

Nous verrons maintenant comment certaines des modifications récentes apportées aux critères des maladies affectives (encadré) pourront vous être utiles au fil des rencontres avec M^{me} Dürer.

Le Dr Claude Blondeau, psychiatre et psychologue de formation, exerce à la Clinique des maladies affectives de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

D'ordinaire sociable et plutôt coquette, M^{me} Dürer néglige désormais son apparence et ne répond plus aux appels de ses amies. Elle indique avoir traversé de brefs épisodes dépressifs dans le passé, mais elle juge son état actuel « normal dans les circonstances », considérant le décès de son conjoint trois mois plus tôt après un long combat contre le cancer. De plus, elle ajoute avoir toujours présenté « une humeur variable », fortement influencée par les fluctuations hormonales liées à ses cycles menstruels.

ENDEUILLÉE OU DÉPRIMÉE ?

Une première question clinique soulevée par la situation de M^{me} Dürer concerne le deuil.

Comment déterminer si un patient souffre d'un trouble dépressif majeur ou si ses symptômes sont attribuables à un processus de deuil normal ? À moins qu'il ne s'agisse d'une comorbidité ?

Dans les deux dernières éditions du manuel, un critère d'exclusion proscrivait le diagnostic de trouble dépressif majeur chez les patients endeuillés depuis moins de deux mois. Ce critère a été retiré du DSM-5, principalement pour que l'évaluation d'un trouble dépressif majeur ne soit pas négligée en cas de deuil. En effet, certains cliniciens peuvent conclure – à tort – qu'un tel diagnostic ne peut être posé chez un patient endeuillé, conduisant ainsi à la « normalisation » d'un état pathologique⁸. Les défenseurs de cette modification souhaitent surtout sensibiliser les professionnels de la santé au fait qu'un trouble dépressif majeur peut survenir en présence de n'importe quels facteurs de stress (ex. : maladies, revers financiers importants, rupture amoureuse, etc.), dont le deuil, et qu'un diagnostic de trouble dépressif majeur ne doit pas être écarté simplement parce que les symptômes s'expliquent autrement.

Les pourfendeurs de ce changement soutiennent qu'un patient traversant une expérience normale de deuil courra désormais le risque d'être diagnostiqué à tort comme souffrant d'un trouble dépressif majeur.

Lors de votre échange avec M^{me} Dürer, vous apprenez qu'elle se sent triste « du matin au soir » et qu'elle a perdu l'intérêt à

ENCADRÉ

RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX
CHANGEMENTS DANS LE DSM-5
(MALADIES AFFECTIVES)^{1,17,18}

- ▶ Retrait du critère d'exclusion du deuil pour le diagnostic de trouble dépressif majeur
- ▶ Virage maniaque ou hypomaniaque provoqué par un antidépresseur pouvant conduire à un diagnostic de trouble bipolaire de type 1 ou 2
- ▶ Retrait de l'épisode mixte
- ▶ Ajout de deux spécifications
 - Avec caractéristiques mixtes
 - Avec détresse anxieuse
- ▶ Retrait du trouble dysthymique
 - Remplacé par le trouble dépressif persistant
- ▶ Description d'un nouveau trouble : trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle
- ▶ Inscription du trouble dysphorique prémenstruel dans la section des troubles dépressifs*

* Dans le DSM-IV-TR, ce problème était inscrit dans l'Annexe B : « Critères et axes proposés pour des études supplémentaires ».

TABLEAU I

MODIFICATION AU CRITÈRE
DIAGNOSTIQUE A

Épisode maniaque

« Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, **avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours***, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire). »

Épisode hypomaniaque

« Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, **avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps***, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs. »

Source : American Psychiatric Association. *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS ; 2015. p. 146.

* En caractère gras : ajout au DSM-5.

s'investir dans les activités qu'elle apprécie habituellement. Au travail, elle éprouve de la difficulté à se concentrer. Ses performances quotidiennes s'en trouvent affectées. M^{me} Dürer poursuit : « Je n'ai jamais véritablement aimé mon emploi de toute façon. J'aurais dû poursuivre mes études en publicité comme je le souhaitais ». Elle ajoute plus tard en pleurant : « Si j'avais été plus patiente avec mon mari, sans doute n'aurait-il jamais eu le cancer ».

Dans ces dernières révélations, vous constatez bien la présence d'un sentiment de culpabilité (d'omission), fréquent chez les patients endeuillés. Mais plus important encore, vous notez une estime de soi fragilisée par une grande autodévalorisation. Il s'agit sans doute de l'un des repères cliniques les plus utiles pour distinguer le deuil normal d'un état dépressif surajouté. Cet indice essentiel, déjà repéré par Freud en 1917, conserve encore aujourd'hui toute sa portée clinique⁹. En outre, les éléments suivants évoquent un diagnostic de trouble dépressif majeur plutôt qu'un deuil normal : idées de mort non liées au désir de « rejoindre le défunt », hallucinations autres que celles d'entendre la voix du défunt ou de l'apercevoir furtivement, tristesse soutenue plutôt que « vagues de chagrin » associées aux souvenirs du défunt.

Vous complétez votre évaluation et posez un diagnostic de trouble dépressif majeur surajouté à un deuil. Après avoir exposé vos impressions diagnostiques à M^{me} Dürer et discuté avec elle de l'importance d'entreprendre un traitement sans délai, la patiente accepte d'être dirigée vers une psychothérapeute de votre équipe. Vous lui prescrivez également un antidépresseur. L'évolution paraît favorable jusqu'au moment où...

VIRAGE MANIAQUE SOUS ANTIDÉPRESSEUR :
FAUT-IL CHANGER LE DIAGNOSTIC ?

Deux mois plus tard, vous recevez un appel du fils qui ne reconnaît plus sa mère (encore une fois!). M^{me} Dürer est exaltée. Elle téléphone maintenant à ses amies au milieu de la nuit et projette d'écrire un livre qui la rendra millionnaire.

La nouvelle édition du manuel comporte très peu de changements à la description des critères de l'épisode maniaque et hypomaniaque, sauf à celle du critère A, qui a subi un léger ajout (tableau I²).

À la différence de la précédente version, le DSM-5 introduit par ailleurs une note qui porte à conséquence. Il préconise l'établissement d'un diagnostic formel de trouble bipolaire de type 1 chez un patient qui présente un épisode maniaque provoqué par un traitement antidépresseur (antidépresseur, sismothérapie, etc.), mais uniquement si le tableau clinique répond toujours à tous les critères de l'épisode maniaque au-delà de la durée de l'effet physiologique anticipé du traitement. Le même raisonnement s'applique à l'épisode hypomaniaque causé par un traitement antidépresseur. Un diagnostic de trouble bipolaire de type 2 doit alors être posé (si le patient a connu au moins un épisode dépressif majeur dans le passé, bien entendu). Dans le DSM-IV-TR, c'était plutôt le diagnostic de « trouble de l'humeur induit par une substance » qui était envisagé dans de telles circonstances.

Les défenseurs de cette modification rappellent qu'une proportion considérable de patients souffrant d'un trouble dépressif majeur unipolaire verront tôt ou tard leur diagnos-



tic « converti » en trouble bipolaire de type 1 (24%) ou de type 2 (15%)¹⁰ et qu'il importe donc de repérer le plus tôt possible ces patients afin d'instaurer des traitements plus efficaces et mieux adaptés à leur état.

Les caractéristiques suivantes peuvent indiquer la présence d'une bipolarité potentielle chez les patients atteints d'un trouble dépressif majeur unipolaire¹¹: résistance aux antidépresseurs, épuisement rapide de la réponse favorable à un traitement antidépresseur, antécédents familiaux de trouble bipolaire, traits de personnalité hyperthymique, agitation ou fébrilité après l'ajout d'un antidépresseur, antécédents d'épisode dépressif majeur en post-partum, symptômes psychotiques ou caractéristiques atypiques lors des épisodes dépressifs majeurs antérieurs.

Toujours en raison de l'insistance de son fils, M^{me} Dürer accepte de vous rencontrer d'urgence. Devant le tableau clinique de votre patiente, vous concluez à un épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques causé par un antidépresseur. Vous remplacez donc le diagnostic de trouble dépressif majeur de type récurrent par celui de trouble bipolaire de type 1, conformément aux nouvelles recommandations du DSM-5. Vous cessez l'antidépresseur et prescrivez à M^{me} Dürer un nouveau traitement pharmacologique. Vous la convainquez également de la nécessité d'une hospitalisation.

Pour en apprendre davantage sur les stratégies pharmacologiques dans le traitement du trouble bipolaire, consultez l'article de la D^{re} Anne-Sophie Boulanger et du D^r Pierre Landry intitulé : « Pharmacothérapie du trouble bipolaire : Cas cliniques pour l'omni qui veut garder le moral », dans le présent numéro.

L'ÉPISODE MIXTE EST MORT. VIVE LES CARACTÉRISTIQUES MIXTES!

Ses critères diagnostiques ayant été jugés trop restrictifs, l'épisode mixte a été retiré de la plus récente édition du manuel et a été remplacé par la spécification « avec caractéristiques mixtes » qui peut s'appliquer à tout épisode maniaque, hypomaniaque ou dépressif (tableau II¹). Cette nouvelle spécification indique un retour de l'approche d'Émil Kraepelin, célèbre psychiatre allemand (1856-1926) qui soutenait l'idée d'un continuum entre les états maniaques et dépressifs et rejetait la vision dichotomique opposant les troubles bipolaires aux affections unipolaires. Ce changement vise à rendre compte du fait que les états mixtes se manifestent le plus souvent par quelques symptômes concomitants appartenant à la polarité affective contraire (tableau subsyndromique), et non par l'ensemble des critères des deux types d'épisodes (maniaque et dépressif), comme le préconisait le DSM-IV-TR.

Pourquoi repérer les personnes qui présentent ces caractéristiques? Parce que la mixité du tableau clinique est généralement associée à une forme plus grave de trouble

TABLEAU II

CRITÈRES POUR L'UTILISATION DU SPÉCIFICATEUR « AVEC CARACTÉRISTIQUES MIXTES » (DSM-5)¹

En présence d'un épisode maniaque ou hypomaniaque

≥ 3 symptômes parmi les suivants :

- ▶ humeur dysphorique ou dépressive signalée par le patient ou les proches ;
- ▶ diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités (subjective ou notée par les proches) ;
- ▶ ralentissement psychomoteur ;
- ▶ fatigue ou perte d'énergie ;
- ▶ sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive (pas seulement liée au fait d'être malade, c'est-à-dire se sentir « un fardeau pour les autres ») ;
- ▶ idées suicidaires.

En présence d'un épisode dépressif majeur

≥ 3 symptômes parmi les suivants :

- ▶ exaltation excessive ;
- ▶ augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
- ▶ volubilité ;
- ▶ tachypsychie ;
- ▶ augmentation du degré d'énergie ou de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ;
- ▶ engagement excessif dans des activités agréables, mais comportant un risque élevé de conséquences fâcheuses ;
- ▶ diminution du besoin de dormir.

bipolaire (ex. : nombre d'épisodes plus élevé et de plus longue durée, atteinte fonctionnelle plus importante, taux de suicide accru, toxicomanie, résistance au traitement pharmacologique, etc.)¹². Cette nouvelle classification fournit également un repère clinique additionnel au médecin pour détecter la présence potentielle d'une bipolarité subsyndromique chez les patients qui le consultent pour un état dépressif.

LE TROUBLE DYSPHORIQUE PRÉMENSTRUEL : LES RÈGLES ONT CHANGÉ

Le tableau clinique de M^{me} Dürer s'étant amélioré de façon notable depuis l'instauration de son traitement médicamenteux, elle obtient rapidement son congé de l'hôpital. Vous la rencontrez deux semaines plus tard à votre cabinet. Lors de votre premier entretien, vous aviez noté le lien potentiel entre ses cycles menstruels et les fluctuations de son humeur. Vous vous gardez un peu de temps pour explorer la possibilité qu'elle puisse souffrir d'un trouble dysphorique prémenstruel, une entité maintenant reconnue comme un trouble psychiatrique « officiel » dans le plus récent manuel.

Ce changement de classification s'est également fait dans la controverse¹³. Il vise à sensibiliser les cliniciens à ce problème invalidant chez une minorité de femmes, et pour lequel

des traitements efficaces existent depuis plusieurs années déjà^{14,15}. Ce trouble est à différencier du syndrome prémenstruel, beaucoup plus fréquent, et qui occasionne une atteinte fonctionnelle moindre. Les critères du trouble dysphorique prémenstruel n'ont pas été modifiés dans le *DSM-5*.

DU TROUBLE DYSTHYMIQUE... AU TROUBLE DÉPRESSIF PERSISTANT

- ▶ **Spécifiez « avec détresse anxieuse » SVP!** Environ la moitié des patients vus au service de consultation externe pour un trouble dépressif majeur présente un degré d'anxiété élevé pouvant contribuer à la résistance au traitement¹⁶ et au risque de suicide. La spécification « avec détresse anxieuse » a été ajoutée aux catégories des troubles dépressifs et des troubles bipolaires du *DSM-5* dans le but de faciliter la prise en charge de cette clientèle particulièrement à risque. Elle est utilisée chez les patients présentant au moins deux symptômes anxieux, en plus de leur affection principale.
- ▶ **Triste fin pour le trouble dysthymique. Bonjour trouble dépressif persistant!** Dans le *DSM-5*, le trouble dysthymique (forme de dépression atténuée et chronique) a été remplacé par le trouble dépressif persistant, une entité diagnostique dont la validité est tout autant remise en question que le trouble dont il est issu¹⁷.
- ▶ **Une nouvelle entité: le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle (humeur explosive).** C'est pour freiner l'accroissement alarmant du nombre de diagnostics de trouble bipolaire chez les enfants que le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle a été ajouté dans la plus récente version du manuel. Cette nouvelle entité cible les enfants de plus de 6 ans qui ont des accès de colère fréquents associés à une irritabilité chronique. La pertinence clinique de ce nouveau diagnostic est déjà remise en doute.

RETOUR SUR LE CAS CLINIQUE

Vous excluez finalement la présence d'un trouble dysphorique prémenstruel chez M^{me} Dürer et la rassurez quant aux fluctuations normales de son humeur attribuables à ses cycles menstruels. En partant, votre patiente vous remercie pour votre soutien des derniers mois.

Au-delà des controverses ayant entouré sa publication, le *DSM-5* vous a fourni quelques pistes pour guider votre pratique clinique. Et le prochain patient fait déjà son entrée dans votre cabinet... //

Date de réception: le 30 avril 2015

Date d'acceptation: le 25 mai 2015

Le Dr Claude Blondeau n'a signalé aucun conflit d'intérêts.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 5^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson SAS; 2015. 1083 p.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Un diagnostic de trouble dépressif majeur ne doit pas être écarté simplement parce que les symptômes peuvent s'expliquer autrement.
- ▶ Un diagnostic formel de trouble bipolaire de type 1 doit être posé en cas d'épisode maniaque provoqué par un traitement antidépresseur, puisque le virage maniaque (ou hypomaniaque) peut être causé par un traitement antidépresseur autre que médicamenteux (ex., sismothérapie).
- ▶ Environ la moitié des patients vus au service de consultation externe pour un trouble dépressif majeur ont un degré d'anxiété élevé pouvant contribuer à la résistance au traitement et au risque de suicide.

2. Frances A. *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: Harper Collins Publishers; 2013. 304 p.
3. Paris J. *The intelligent clinician's guide to the DSM-5*. New York: Oxford University Press; 2013. 288 p.
4. Cosgrove L, Krinsky S, Wheeler EE et coll. Tripartite conflicts of interest and high stakes patent extensions in the DSM-5. *Psychother Psychosom* 2014; 83 (2): 106-13.
5. Kupfer DJ, Regier DA. Neuroscience, clinical evidence, and the future of psychiatric classification in DSM-5. *Am J Psychiatry* 2011; 168 (7): 672-4.
6. Insel T, Cuthbert B, Garvey M et coll. Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167 (7): 748-51.
7. Kupfer DJ, Kuhl EA et Wulsin L. Psychiatry's integration with medicine: The role of DSM-5. *Annu Rev Med* 2013; 64: 385-92.
8. Iglewicz A, Seay K, Zetumer SD et coll. The removal of the bereavement exclusion in the DSM-5: Exploring the evidence. *Curr Psychiatry Rep* 2013; 15 (11): 1-9.
9. Freud S. *Œuvres complètes de Freud* [chap.: Deuil et mélancolie] volume XIII. 13^e éd. Paris: Presses universitaires de France; 2005. p. 261-81.
10. Angst J, Sellaro R, Stassen HH et coll. Diagnostic conversion from depression to bipolar disorders: results of a long-term prospective study of hospital admissions. *J Affect Disord* 2005; 84 (2-3): 149-57.
11. Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. Cade's disease and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry* 2002; 47 (2): 125-34.
12. Vieta E, Valenti M. Mixed states in DSM-5: Implications for clinical care, education, and research. *J Affect Disord* 2013; 148 (1): 28-36.
13. Hartlage SA, Breaux CA, Yonkers KA. Addressing concerns about the inclusion of premenstrual dysphoric disorder in the DSM-5. *J Clin Psychiatry* 2014; 75 (1): 70-6.
14. Steiner M, Steinberg S, Stewart D et coll. Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. Canadian fluoxetine/premenstrual dysphoria collaborative group. *N Eng J Med* 1995; 332 (23): 1529-34.
15. Steiner M, Li T. Luteal phase and symptom-onset dosing of SSRIs/SNRIs in the treatment of premenstrual dysphoria: Clinical evidence and rationale. *CNS Drugs* 2013; 27 (8): 583-9.
16. Fava M, Rush AJ, Alpert JE et coll. Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: a STAR*D report. *Am J Psychiatry* 2008; 165 (3): 342-51.
17. Rhebergen D, Graham R. The re-labelling of dysthymic disorder to persistent depressive disorder in DSM-5: old wine in new bottle? *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27 (1): 27-31.
18. Wakefield JC. DSM-5: proposed changes to depressive disorders. *Curr Med Res Opin* 2012; 28 (3): 335-43.