

Pratique professionnelle

Le DSM-5 et l'évaluation des troubles mentaux



Pierre Desjardins / Psychologue

Directeur de la qualité et
du développement de la pratique

pdesjardins@ordrepsy.qc.ca

La loi 21 est venue confirmer l'habilitation des psychologues à évaluer les troubles mentaux. Bien sûr, il faut détenir les compétences requises pour exercer cette activité, dont celle liée à l'utilisation des manuels diagnostiques. Le guide explicatif de la loi 21 précise que l'évaluation des troubles mentaux se fait en se référant à un outil de classification reconnu, soulignant que la CIM¹ et le DSM² sont les outils les plus largement utilisés. De tels outils de référence proposent un langage commun afin que tous puissent avoir une même compréhension des conclusions diagnostiques. L'American Psychiatric Association (ci-après APA³) publiait en mai dernier le DSM-5, mettant ainsi fin à l'ère du DSM-IV. Cette publication a toutefois soulevé questionnements, appréhensions et controverses sur sa valeur, sa validité ou son utilité et plusieurs ont mis l'accent sur les choix idéologiques qui auraient soutenu cette mise à jour. Il demeure que le DSM-5, à défaut de présenter des entités diagnostiques qui soient toutes pleinement validées, doit d'abord être utile sur le plan clinique :

Jusqu'à ce que des mécanismes étiologiques ou physiopathologiques irréfutables soient identifiés pour valider pleinement des troubles spécifiques (ou dans le spectre d'un trouble), la norme la plus importante pour les critères d'un trouble du DSM-5 sera leur utilité dans l'évaluation de l'évolution clinique et de la réponse au traitement d'un individu, à partir d'un ensemble donné de critères diagnostiques⁴.

_LA VISION ET LES OBJECTIFS DE L'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Le DSM-IV a eu cours durant près de deux décennies. Or, en matière de santé mentale, la conception de la maladie, les connaissances scientifiques de même que les façons de faire ont depuis beaucoup évolué. Il était donc plus que temps que soit révisé ce manuel si largement utilisé en Amérique du Nord. Le processus de mise à jour s'est étalé sur près de 10 ans. L'APA avait et a encore pour objectif de faire reposer les entités

diagnostiques sur des critères étiologiques, de sorte que l'on puisse reconnaître un trouble mental par sa source plutôt que par ses manifestations, comme c'est le cas en santé physique. Toutefois, cet objectif demeure ambitieux en santé mentale étant donné l'état actuel des connaissances. Ainsi, les critères pour confirmer la présence d'un trouble mental sont encore, pour une très grande part, déterminés par consensus obtenu auprès d'experts, de chercheurs et d'intervenants sur le terrain.

_LA MIGRATION VERS LE DSM-5

Nous voilà donc confrontés à une nouvelle mouture, le DSM-5, avec tout ce que cela peut comporter d'efforts d'adaptation ou de résistance. Bien que l'APA souligne que l'on peut recourir dès maintenant au DSM-5, cela ne peut pas se faire de façon aussi immédiate. En effet, outre les considérations de l'ordre des compétences à détenir ou à acquérir pour en faire l'utilisation, il demeure que, sur le plan strictement opérationnel, il est possible que cela place les assureurs ou autres instances devant l'obligation de modifier leurs politiques, de créer le cas échéant de nouveaux formulaires et d'adapter leurs systèmes informatiques. Sans fixer de date de péremption pour le DSM-IV-TR, l'APA s'attend à ce que la période de transition dure jusqu'au 1^{er} janvier 2014. Pour les francophones, un facteur additionnel entre en ligne de compte puisqu'on entend des échos voulant que le DSM-5 ne soit vraisemblablement pas traduit avant 2014-2015, ce qui en rend l'utilisation d'autant plus délicate.

Par ailleurs, il est important de souligner qu'en pareille période de transition les risques de confusion sont accrus et il faut s'assurer qu'il n'y ait pas d'équivoque quant au manuel diagnostique auquel renvoient les conclusions cliniques tirées et communiquées. Dans ce cas, comme en toutes autres situations d'ailleurs, il est important de citer ses sources, d'établir s'il y a lieu les correspondances entre les manuels et d'indiquer si les termes choisis sont des traductions libres.

_UN APERÇU DES PRINCIPAUX CHANGEMENTS

Le DSM-5 propose une nouvelle nomenclature des troubles mentaux. Les changements que cela comporte sont nombreux, de petite ou de grande importance, attendus, surprenants ou discutables, et ce, sur différents plans. Dans le cadre de cette chronique, nous en rapportons quelques-uns, de façon succincte, et nous en évoquons quelques autres, en allant du général au particulier. Mais tout d'abord, on aura remarqué que la cinquième version du DSM est présentée en chiffre arabe plutôt qu'en chiffres romains comme les précédentes, soit DSM-5 plutôt que DSM-V, apparemment pour des motifs de clarté.

Changements d'ordre général

Disparition du système multiaxial

Il faut souligner la volonté première de l'APA de rapprocher le DSM et la CIM. La disparition du système multiaxial va dans ce sens. Soulignons que l'utilisation de ce système, propre au DSM et recommandée antérieurement par ses auteurs, n'a toutefois jamais été requise pour tirer des conclusions diagnostiques. De fait, on a constaté que peu de professionnels documentaient les cinq axes. Le DSM-5 combine ainsi les axes I, II et III et supprime les axes IV et V. Il demeure possible toutefois de rapporter des informations d'ordre psychosocial ou environnemental (axe IV), bien que l'on n'ait pas retenu la nécessité d'en faire la classification. Ceci a contribué à alimenter les critiques disant que le DSM-5 proposerait une vision réductrice, voire médicalisée, de la santé mentale, en supprimant l'espace consacré aux déterminants sociaux de la santé mentale. Quant à l'évaluation globale du fonctionnement (axe V), on a conclu que les résultats qu'on en tirait n'étaient pas vraiment fiables vu les faiblesses conceptuelles d'une telle échelle (reposant sur un continuum présumé santé mentale/maladie) et la validité douteuse des outils psychométriques associés. On propose plutôt d'utiliser un autre outil pour mesurer le fonctionnement, soit celui que rend disponible l'Organisation mondiale de la santé⁵.

Vers une approche dimensionnelle

On a fait le constat que les catégories diagnostiques du DSM-IV-TR étaient étroites, spécifiques, exclusives, et que leur définition ne rendait pas bien compte de la réalité qu'elles tentaient de circonscrire. Ainsi, les utilisateurs du manuel :

- recouraient largement à la sous-catégorie « trouble non spécifié » pour livrer des conclusions qui ne répondaient pas tout à fait aux critères retenus pour plusieurs catégories;
- rapportaient de façon importante la présence de nombreux troubles concomitants, ce qui a eu pour effet de soulever de sérieux doutes quant à la validité des catégories;
- recommandaient fréquemment un même traitement pour plusieurs troubles, cela remettant en question leur spécificité.

Pour tenter de remédier à cela, le DSM-5 combine ou recombine des catégories diagnostiques, introduit l'aspect dimensionnel, comme on peut le voir avec l'utilisation du concept de spectre (p. ex. spectre de l'autisme, spectre de la schizophrénie), et généralise l'utilisation des degrés de sévérité, comme c'était le cas pour le retard mental, entre autres. L'ajout d'une sous-catégorie « trouble autrement spécifié » à celle de « trouble non spécifié » permet aussi l'élargissement des catégories pour y faire entrer, au jugement du professionnel, et décrire ce qui ne répond pas exactement aux critères retenus.

Considérations d'ordre développemental

On ne retrouve plus dans le DSM-5 la section traitant des troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence. Bon nombre de ces troubles sont toujours présents à l'âge adulte et peuvent de fait être diagnostiqués plus tard (p. ex. TDAH). Cela ne signifie pas cependant que l'on ait cessé d'avoir des considérations développementales et, d'ailleurs, la séquence des présentations des troubles dans le manuel repose sur l'étape de développement où ils sont susceptibles de se présenter.

Changements d'ordre particulier

Il y a ici beaucoup de changements, mais nous ne présenterons que quelques entités diagnostiques parmi celles qui font l'objet soit des questions qui nous sont adressées le plus fréquemment, soit de préoccupations sociétales importantes.

La déficience intellectuelle

La combinaison des trois premiers axes du DSM-IV-TR a eu pour conséquence d'intégrer le retard mental dans la grande catégorie des troubles neurodéveloppementaux. Plusieurs se réjouiront de constater sa nouvelle appellation : déficience intellectuelle⁶, expression qui se veut plus respectueuse des personnes touchées et, espère l'APA, qui prètera moins à la stigmatisation. De plus, le degré d'atteinte (léger, modéré, sévère ou profond) est dorénavant déterminé en regard du fonctionnement adaptatif plutôt que du quotient intellectuel. Par ailleurs, on a ajouté une nouvelle entité diagnostique dans la catégorie des déficiences intellectuelles, soit le retard global de développement⁷, utilisé sur le terrain depuis longtemps déjà.

Les troubles de la communication

Les changements portent ici, entre autres, sur les termes et expressions utilisés et aussi sur l'introduction d'un nouveau trouble, soit le trouble de la communication sociale. Il faudra toutefois s'assurer que la présence de ce trouble ne s'explique pas par un trouble du spectre de l'autisme.

Les troubles du spectre de l'autisme

Cette expression remplace celle des troubles envahissants du développement et un seul spectre recouvre maintenant les anciennes catégories qu'il n'y aurait plus lieu de dissocier, soit : le trouble autistique, le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié. On a également combiné les critères d'interaction sociale et de communication et le syndrome de Rett devient une condition différentielle.

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

On a classé le TDAH dans la catégorie des troubles neuro-développementaux. En effet, bien que ce trouble donne lieu à des difficultés sur le plan du contrôle de soi, on le distingue des troubles de la conduite, des troubles oppositionnels ou autres comportements perturbateurs qui se trouvaient antérieurement regroupés avec le TDAH dans une même catégorie. Par ailleurs, on a défini deux seuils différents, un pour permettre le diagnostic chez les enfants et les adolescents et un autre, moins élevé, chez les adultes.

Le trouble spécifique des apprentissages

Les différents troubles des apprentissages que sont le trouble de la lecture, le trouble du calcul et le trouble de l'expression écrite sont regroupés en une seule entité diagnostique, considérant notamment qu'en réalité ils surviendraient rarement seuls. Toutefois, on a fait de ces trois troubles des domaines comportant des sous-domaines et il demeure possible de spécifier lesquels sont atteints (p. ex. trouble spécifique des apprentissages avec atteinte de la lecture).

Les troubles bipolaires et autres troubles reliés

La grande catégorie des troubles de l'humeur disparaît et les troubles bipolaires se distinguent maintenant des troubles dépressifs, ce qui implique par ailleurs de nombreux changements. Soulignons que le critère de changement permettant de

conclure à un trouble de cette catégorie renvoie dorénavant non seulement à l'humeur, mais aussi au niveau d'énergie et d'activité.

Les troubles dépressifs

On a introduit plusieurs nouveaux troubles dépressifs dont on ne fera pas ici état. Mentionnons toutefois que certains changements (p. ex. la création du trouble dysphorique prémenstruel et la disparition du critère d'exclusion pour le deuil) suscitent la controverse et renforcent la perception de ceux qui soutiennent que le DSM-5 considérerait des conditions « normales » comme des « maladies ». À noter cependant que pour la personne endeuillée, on propose une grille d'analyse intéressante pour statuer sur la nature « dépressive » de sa condition.

Les troubles anxieux

Il y a ici une importante reconfiguration des troubles et ceux qui étaient auparavant regroupés sous le seul grand chapeau des troubles anxieux sont maintenant ventilés en trois catégories différentes : les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs et autres troubles associés et les troubles associés au stress et aux traumatismes⁸. Indistinctement de chacune de ces catégories, des troubles ont été éliminés (p. ex. l'hypochondrie), d'autres sont regroupés, ou conceptualisés différemment (p. ex. les phobies) et de nouveaux sont apparus (p. ex. trouble d'accumulation compulsive⁹).

ENSEIGNER LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE: OUTILS PRATIQUES ET COMPRÉHENSION DE L'INTERFACE PSYCHOLOGIE/SPIRITUALITÉ	
 <p>Formateur: Roger Marcaurelle, Ph.D., est psychologue clinicien et professeur associé de psychologie à l'UQAM. Sanskritiste et docteur en sciences des religions, il a été chargé de cours au département de sciences des religions de l'UQAM. Il enseigne la méditation depuis près de 40 ans.</p>	<p style="text-align: center;">Formation complète à Québec</p> <p>Volets 1 à 3 : ateliers Dates : samedi au dimanche Volet 1) 30 nov-1 déc. 2013 Volet 2) 18-19 janvier 2014 Volet 3) 15-16 mars 2014 Frais : 448,40 \$ par volet (tx incl.)</p> <p>Volet 4 : retraite de méditation Dates : jeudi (soir) au dimanche 10-13 avril 2014 Frais : (incluant hébergement pour 3 nuits et repas) Occ. simple : 706,53 \$ (tx incl.)</p>
<p>Objectifs : Au terme de l'activité, le participant sera en mesure de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Décrire et différencier les diverses formes de méditation pleine conscience (MPC); 2. Pratiquer la MPC dans sa vie personnelle; 3. Enseigner les principales formes de MPC de manière efficace et assurer un suivi adéquat des expériences des clients concernant la pratique de la MPC; 4. Appliquer la MPC à la lumière des données probantes, de l'étude comparée des diverses formes de méditation et de l'interface psychologie/spiritualité. 	<p style="text-align: center;">INFORMATIONS ET INSCRIPTION PleniSources.com/Enseigner</p> <p style="text-align: center;">43h reconnues (OPQ). Aucun pré-requis.</p>

Les dysfonctions sexuelles

Il n'est plus question de troubles sexuels, mais bien de dysfonctions sexuelles, de sorte que ce ne sont plus les mêmes entités diagnostiques qui y sont regroupées. Les paraphilies et le trouble de l'identité sexuelle n'en font plus partie. Dans le premier cas, il est maintenant question de troubles paraphiliques et dans le second, on ne considère plus que ce soit un trouble de l'ordre de l'identité puisque la personne qui en est affectée sait qui elle est, bien qu'elle en souffre. On réfère maintenant à la dysphorie de genre, avec possibilité qu'y soit ou non rattaché un trouble du développement sexuel.

Les troubles neurocognitifs

Cette section a été renommée, réaménagée et des critères ont changé. La démence et le trouble amnésique sont regroupés dans la sous-catégorie des troubles neurocognitifs majeurs. On a créé également une sous-catégorie pour les troubles neurocognitifs dont l'impact est moins important : le trouble neurocognitif léger. La différence entre un trouble léger et un trouble majeur tiendrait notamment à l'impact sur le fonctionnement autonome de la personne. Le défi sera de distinguer le trouble léger du vieillissement normal (ceci ajoute à l'impression que le DSM-5 « pathologiserait » la normalité). À noter que cette catégorie peut également correspondre non pas à l'évaluation des troubles mentaux, mais bien à l'évaluation des troubles neuropsychologiques lorsque les critères renvoient à l'évaluation des fonctions cognitives (fonctions mentales supérieures).

Les troubles de la personnalité

Malgré d'importants travaux sur la question et de fortes remises en question de ce que regroupait l'axe II, le DSM-5 reproduit exactement ce qui se trouvait dans le DSM-IV-TR. Il semble que le consensus n'a pas été possible et on a choisi plutôt d'ajouter pour étude un modèle alternatif des troubles de la personnalité (chapitre trois du manuel).

_CONCLUSION

En matière de santé mentale, rien n'est simple. Établir de façon consensuelle ce qui constitue un trouble mental et en déterminer les critères ne peut que difficilement faire abstraction du contexte sociétal dans lequel s'inscrit ce processus, alors que se jouent des rapports de force mettant en cause des valeurs ou des idéologies qui tantôt se complètent, tantôt s'opposent.

Les attentes étaient grandes à l'endroit du DSM-5 et la réalité, dans de telles circonstances, suscite proportionnellement à ces attentes certaines déceptions, notamment quand ce qui est présenté ne correspond pas à la conception que l'on se fait de la santé et de la maladie. La communauté scientifique et professionnelle ne doit pas pour autant abandonner le projet de développer des outils utiles sous prétexte qu'il est difficile de cerner une réalité complexe et d'en rendre compte à la satisfaction de tous.

Bien sûr, le DSM-5 n'est pas un outil parfait, pas plus d'ailleurs que les versions précédentes de ce manuel. Pour en faire une juste critique, il faut cependant en savoir plus que ce qu'on en entend. Nous avons en tant que psychologues des devoirs d'objectivité et de modération¹⁰ et, lorsque vient le temps de donner son opinion professionnelle, il faut éviter de discréditer sans fondement les méthodes psychologiques usuelles ou nouvelles, différentes de celles que l'on utilise, quand celles-ci satisfont aux principes professionnels et scientifiques généralement reconnus en psychologie¹¹.

Pour plus d'information sur le DSM-5, nous vous invitons à consulter le site de l'APA au www.dsm5.org/Pages/Default.aspx. On y présente sommairement les principaux changements, on répond aux questions les plus fréquentes et on rend disponibles des instruments de mesure adaptés au DSM-5 qui peuvent être utiles pour conclure à la présence d'un trouble mental¹².

_Notes

- 1 Classification internationale des maladies.
- 2 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
- 3 Ne pas confondre avec l'American Psychological Association.
- 4 American Psychiatric Association (2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (5^e éd.), Arlington, American Psychiatric Publishing, p. 20 (traduction libre).
- 5 Il s'agit du WHODAS, soit le *World Health Organisation Disability Assessment Schedule* que le DSM-5 met à l'étude.
- 6 Le DSM-5 n'étant pas encore disponible en français, nous avons pris la liberté d'utiliser certains termes ou expressions françaises, sous réserve de ce qui pourrait être retenu dans la traduction officielle à venir. L'expression originale anglaise est *intellectual disability (intellectual developmental disorder)*.
- 7 L'expression originale anglaise est *global developmental delay*.
- 8 Les expressions anglaises originales sont *anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders* et *trauma and stressor-related disorders*.
- 9 L'expression originale anglaise est *hoarding disorder*.
- 10 Voir l'article 7 du Code de déontologie des psychologues du Québec, chapitre II – Devoirs généraux.
- 11 Voir l'article 60 du Code de déontologie des psychologues du Québec, chapitre IV – Devoirs et obligations envers le public.
- 12 Ce sont des questionnaires ou inventaires intitulés (en anglais) : *Level 1 Cross-Cutting Symptom Measures, Level 2 Cross-Cutting Symptom Measures, Disorder-Specific, Severity Measures, Disability Measures, Personality Inventories, Early Development and Home Background, Cultural Formulation Interviews*.