

Quoi de neuf dans le DSM-V ?

Maximilien Bachelart
Article publié le 03/02/2010

Conçu par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) est une classification psychiatrique aussi célèbre que controversée, particulièrement en France. L'APA vient de lever le voile sur quelques nouveautés de sa 5e édition, prévue pour 2013. Quelles sont-elles, et comment sont-elles jugées ?

L'un des reproches régulièrement adressés au DSM est qu'il manquerait de finesse, et ferait produire des diagnostics binaires en termes de simple présence ou absence du trouble. Selon le Dr William Narrow, directeur de recherche pour le DSM-V, la nouvelle édition devrait donc inclure des évaluations dimensionnelles consistant à évaluer non pas en termes de présence/absence, mais de quantifications d'attributs sur une échelle. Ceci permettrait de qualifier la sévérité de plusieurs symptômes à l'intérieur d'un même trouble, d'où un diagnostic plus précis. Le Dr. Narrow prend pour exemple la quantification de la sphère anxieuse, donc sous l'angle dimensionnel, dans le trouble dépressif majeur, avec la prise en compte des différences entre les hommes et les femmes, ainsi qu'un examen des relations entre les différents troubles. Aux critères diagnostiques s'ajouteraient des informations neurobiologiques et endophénotypiques, c'est-à-dire des traits cliniques, biochimiques ou cognitifs, par exemple, associés à l'expression de facteurs de vulnérabilité génétique de la maladie.

Quelques nouveautés attendues :

Groupe des troubles anxieux : La notion de spectre, qui élargit la conception du diagnostic, devrait apparaître pour les **troubles obsessionnels-compulsifs**, post-traumatiques et dissociatifs.

Des dimensions développementales seront ajoutées au trouble de **stress post-traumatique**. Des spécifications seront ajoutées au trouble obsessionnel-compulsif (TOC) comme la peur de la contamination, ou encore le **collectionnisme** (hoarding). Ce dernier pourrait constituer un diagnostic

séparé, différent du TOC, selon le Dr Katherine A. Phillips, responsable du groupe de réflexion sur les troubles anxieux. **Groupe des troubles psychotiques** : Le Dr. William T. Carpenter discute du maintien du trouble **schizoaffectif** (qui évoque à la fois la schizophrénie et le trouble bipolaire, du fait de l'existence de fluctuations cycliques). Doit-il encore constituer une entité autonome ? Sa validité se trouve mise en cause, mais pas son utilité dans le travail clinique. Ce terme pourrait se voir remplacé par celui de « schizophrénie avec forte dimension au niveau de l'humeur ». Concernant la **schizophrénie**, la composante « catatonie » serait probablement retirée des critères.

Il est également question de mieux identifier les sujets à risque de développer un **trouble psychotique**. Mais certains critiquent l'énonciation de ces facteurs de risques, qui pourraient être le seul point de départ pour la prescription trop précoce d'antipsychotiques. Ce qui pourrait engendrer des difficultés chez les sujets en développement, comme des dommages cérébraux, un traitement possiblement inapproprié, et une stigmatisation à partir de ces maigres indices. Le Dr. Carpenter et son équipe ont enfin proposé de classer le **trouble bipolaire** (anciennement psychose maniaco-dépressive) dans la catégorie des troubles psychotiques.

Groupe des troubles de l'humeur : Le Dr Jan Fawcett, responsable du groupe de travail sur les troubles de l'humeur, évoque les désaccords dans la littérature quant à l'établissement d'un diagnostic différentiel entre **troubles unipolaires et bipolaires**. Dans le DSM-V, l'**anxiété** serait mise en avant comme prédictrice de comportements suicidaires.

Groupe des troubles sexuels et troubles de l'identité sexuelle : Le débat reste ouvert sur le **trouble de l'identité sexuelle**, concernant les hommes se sentant appartenir au sexe opposé, ou vice versa : s'agit-il d'un trouble mental, ou d'une variation normale de comportements humains ? La communauté transgenre semble en discussion actuellement avec les équipes.

Celles-ci soulignent que le DSM ne donne aucune indication de traitement, même si diagnostic et traitement sont liés (aux Etats Unis ,des psychothérapies ont pour but de « corriger » la direction psychique naturelle vers le sexe biologique ou vers le sexe désiré par le sujet). A l'heure actuelle, on ne sait pas si le diagnostic sera éliminé ou subira simplement des modifications.

Comment ces nouveautés sont-elles accueillies ?

L'introduction du modèle dimensionnel semble généralement saluée comme un progrès. « L'initiative est bienvenue, considère le pédopsychiatre français Alain Bottéro. (...) Définir, comme en ont l'intention les auteurs, des seuils plus explicites de « gêne » et de « détresse » pour chaque diagnostic paraît une avancée intéressante. (...) Le DSM-V enfin devrait offrir une description plus détaillée de l'expression des symptômes et des divers troubles en fonction des âges de la vie et, démocratie américaine oblige, du genre et de la culture. »

Pour autant, le DSM version 2013 ne devrait pas suffire à convertir ses détracteurs. « Le DSM-V, poursuit en effet Alain Bottéro, risque de n'avoir rien de très novateur à proposer, il ne remédiera pas en tout cas aux difficultés qui ont été soulevées par l'introduction du DSM-III, il y a quarante ans. » (1)

Le nouveau DSM suscite d'emblée la méfiance de certains, même aux Etats-Unis. Le psychiatre Allen Frances, qui faisait partie de l'équipe du DSM-IV, évoque le faible apport du tout scientifique : « Les incroyables et récentes avancées dans les domaines des neurosciences, de la biologie moléculaire et de l'imagerie cérébrale qui nous ont tant appris concernant le fonctionnement normal du cerveau ne sont pas pertinentes dans la pratique clinique quotidienne en matière de diagnostic psychiatrique [...] si les gains potentiels du DSM-V sont extrêmement modestes, les risques sont énormes et largement non reconnus. Créer des changements dans un système diagnostique n'est jamais facile ». (2)

D'autres critiques sont également formulées. Par exemple, les dirigeants de l'APA et du groupe d'experts chargés de la révision du DSM ont fait signer une clause de confidentialité à leurs collaborateurs. Elle viserait à empêcher que des détails soient rendus publics avant d'être discutés par l'équipe, et retenus ou non pour la version finale. Robert Spitzer, chef de file de l'ancien DSM-III, déplore ce manque de transparence. D'autres encore soulignent l'impact du DSM sur le surdiagnostic des troubles, comme celui du trouble bipolaire chez les enfants, qui aurait augmenté de 40 % entre 1994 et 2003 alors que sa validité scientifique est controversée. En outre, les intérêts financiers des firmes pharmaceutiques, accusées de travailler à la promotion de leurs traitements à travers le DSM, se trouvent toujours au cœur de la polémique.

Pour l'instant, l'heure semble donc au scepticisme et les critiques positives sont rares, en France comme à l'étranger. Mais la tendance pourrait s'inverser d'ici 2013, date de sortie annoncée pour le DSM-V. Si sa publication a déjà pris un an de retard, c'est pour deux raisons : d'abord, les essais effectués sur le terrain s'avèrent plus long que prévus ; ensuite, l'APA souhaite harmoniser son DSM

avec la version révisée de l'Organisation mondiale de la santé, la CIM-10-MC, attendue le 1er octobre 2013, et la CIM-11, qui devrait paraître dès 2014. D'ici là, les débats restent ouverts...

(1)http://www.neuropsychiatrie.fr/numero-article.asp?pld_art=586&pld_num=43

(2)<http://psychiatrictimes.blogspot.com/2009/06/dsm-v-controversies-commentary-from-dr.html>