

**DSM-5 – Publication de la version française de l'ouvrage de référence  
de l'Association Américaine de Psychiatrie**

**Classification des troubles mentaux :  
un manuel en perpétuelle évolution,  
intégrant les nouvelles données scientifiques, support de la pratique clinique**

Le DSM, *Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders*, publié par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) propose depuis plus de 60 ans une classification des troubles mentaux. Son histoire, rythmée par de grandes étapes dans son contenu, l'a été aussi par l'expression de divergences inhérentes à tout système de classification. Conçu comme un guide à la pratique quotidienne des professionnels de la santé mentale, le DSM est un ouvrage de référence. Initialement outil de communication et de classification interne à l'APA, son élaboration et son impact sont internationaux dans les faits depuis le DSM-III (1980). « *La raison d'être du DSM, c'est de pouvoir repérer les diagnostics, afin de mieux orienter le traitement et de faciliter ainsi la compréhension des troubles* », déclare le Pr Patrice Boyer, un des directeurs de l'équipe de la traduction française du DSM-5, psychiatre, Professeur à l'Université Paris 7 et à l'Université d'Ottawa. « *Cet outil d'aide au diagnostic s'inscrit dans une perspective médicale, le diagnostic n'ayant alors de sens que s'il est susceptible d'être suivi d'une intervention médicale qu'elle soit éducative, préventive ou thérapeutique. C'est un enjeu* », précise le Pr Marc Auriacombe, psychiatre, Professeur à l'Université de Bordeaux et à l'Université de Pennsylvanie, directeur adjoint de Sanpsy CNRS USR 3413 et chef du Pôle Addictologie du Centre Hospitalier Charles Perrens / CHU de Bordeaux.

La 5ème édition du DSM, compatible avec la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM), présente des améliorations et évolutions dans un esprit fidèle à celui des précédentes versions, permettant à tous les acteurs de la santé mentale d'adopter un langage commun. Pour le Dr Marc-Antoine Crocq, médecin Psychiatre au Centre hospitalier de Rouffach et coordinateur avec le Professeur Julien Daniel Guelfi (Hôpital Sainte-Anne, Paris) de la traduction française du DSM-5, « *disposer d'une définition représente un progrès considérable, même s'il est difficile d'en formuler une définitive, car l'étiologie exacte de la plupart des troubles mentaux n'est pas connue. C'est un prérequis pour pouvoir communiquer, parler, échanger et faire avancer les recherches* ».

**Un langage commun pour définir, communiquer et partager**

Le DSM présente la particularité, depuis 1952, de ne jamais rester figé, mais de s'adapter aux exigences psychiatriques, évolutions scientifiques et mutations contextuelles dans lesquelles il s'intègre. Emanant d'un groupe d'experts internationaux<sup>1</sup>, le DSM-5 paru en 2013 aux Etats-Unis et publié aujourd'hui dans sa version française grâce au travail de 5 directeurs de la traduction, de 52 traducteurs et de 2 conseillers québécois<sup>2</sup>, tente de décrire les troubles mentaux de façon systématique : caractéristiques diagnostiques, prévalence, évolution, facteurs de risque et pronostiques, questions diagnostiques liées à la culture ou au genre. Au-delà de la classification qu'il propose, il se veut également un outil de collecte et de diffusion de statistiques précises en santé publique sur la morbidité et la mortalité des troubles mentaux.

**Professionnels de santé : tous usagers...**

Utilisé par des acteurs de santé de tous horizons, il permet d'adopter un langage commun pour communiquer sur les caractéristiques essentielles des troubles mentaux présentés par les patients. Psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, personnel soignant, ergothérapeutes, cliniciens, chercheurs, étudiants... tous sont amenés à s'y référer dans leur pratique quotidienne et dans des situations cliniques variées telles que consultation, hospitalisation, soins de première intention, réadaptation, études épidémiologiques, recherche...

« *Jusqu'au DSM-II (1968), les diagnostics psychiatriques étaient mal définis internationalement et des études avaient montré que le même patient pouvait souvent être schizophrène aux États-Unis et bipolaire en Grande-Bretagne. En*

<sup>1</sup> Au total, plus de 550 spécialistes de toutes les régions du monde ont contribué au processus de révision. Un groupe de 130 experts, parmi lesquels 10 Européens dont 1 Français le Pr Marc Auriacombe, avait la responsabilité de conduire la révision et pour cela a fait appel à plus de 400 experts supplémentaires consultés pour avis.

<sup>2</sup> Traduction française coordonnée par Marc-Antoine Crocq, médecin psychiatre, PH, traducteur des dérivés du DSM-IV et Julien-Daniel Guelfi, Professeur émérite de psychiatrie à l'Université Paris-Descartes, praticien attaché à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale à l'hôpital Sainte-Anne (Pr F. Rouillon), Paris. Directeurs de l'équipe de la traduction française : Patrice Boyer, Marc-Antoine Crocq, Julien Daniel Guelfi, Charles Pull, Marie-Claire Pull-Erpelding.

proposant un langage commun, le DSM-5 représente un outil précieux pour la recherche en santé mentale, permettant aux psychiatres de tout pays de parler des mêmes pathologies », déclare le Dr Marc-Antoine Crocq.

#### **...d'un langage universel rassurant pour le patient**

Il poursuit : « Les groupes de travail à l'origine du DSM-5 étaient constitués d'environ un tiers de non Américains, d'une importante proportion d'Européens dont six Néerlandais et un Français. Des frontières ouvertes et un langage international sont un progrès indéniable pour la science ». Synonyme de partage des connaissances entre professionnels de santé, le DSM-5 assure en outre un meilleur dialogue entre le médecin et son patient. « Il est rassurant pour un patient de comprendre de quoi il souffre et que le médecin le lui explique. Ne pas nommer le trouble ne fait souvent que renforcer son angoisse », poursuit le Pr Patrice Boyer.

Compatible avec les codes de la classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé, le DSM-5 a été conçu pour une harmonisation avec la future CIM-11 de l'OMS. « Système de codification utilisé par les psychiatres américains, le DSM-5 ne fait pas office de référence pour les psychiatres français ou européens qui utilisent la nomenclature de l'OMS, mais son influence existera à travers la CIM-11 », précise le Dr Marc-Antoine Crocq. Bien que présentés au sein d'une classification, certains domaines de symptômes, comme la dépression ou l'anxiété, impliquent de multiples catégories diagnostiques. Les troubles répertoriés dans le DSM-5 ont ainsi été réordonnés en une nouvelle structure correspondant à celle prévue dans la CIM 11, laissant la voie ouverte à de nouvelles perspectives cliniques.

### **1952-2013, 7 versions : le DSM ou l'histoire d'une classification synonyme d'évolution et d'adaptation**

*Par le Dr M. A. Crocq*

#### **1952 DSM-I, 1968 DSM-II : le pragmatisme**

Le DSM-I (1952) dérivait directement de la nomenclature « Medical 203 » publiée en 1943, qui répondait au besoin d'une classification pragmatique utilisable par des psychiatres militaires. « Lorsque les États-Unis sont entrés en guerre en 1941, le nombre des psychiatres militaires est passé de 35 à 2400. Un instrument simple était nécessaire permettant à ces médecins très peu formés et recrutés rapidement de porter un diagnostic psychiatrique ».

Le DSM-I séparait les troubles organiques des troubles non organiques, eux-mêmes divisées en troubles psychotiques, névrotiques et de personnalité. Le DSM-II (1968) répondait à un souhait d'harmonisation avec la classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS. Il introduisit un chapitre distinct pour les troubles de l'enfant.

#### **1980 DSM-III, 1987 DSM-III R : la rupture**

Sous l'influence de R. Spitzer, le DSM-III a changé le langage de la psychiatrie en éclipsant les termes psychanalytiques et en popularisant de nouveaux concepts (trouble panique, état de stress post-traumatique, personnalité borderline...). Spitzer commença à travailler sur le DSM-III en 1974, à une époque où le rôle de la psychiatrie était sérieusement débattu. De sa collaboration avec l'équipe de Saint-Louis naquirent les critères diagnostiques de recherche, fondement du DSM-III.

« Le DSM-III (1980) a marqué une rupture en reflétant le retour à une psychiatrie plus médicale et biologique. Le DSM-III est un reflet de ce qui se passait dans les années 1970 en psychiatrie. La psychanalyse avait alors perdu son rôle exclusif aux États-Unis ».

#### **1994 DSM-IV, 2000 DSM-IV-TR : la continuité**

Dans la continuité des DSM-III, le DSM-IV tendait à inclure des problèmes légers à côté de maladies psychiatriques graves. Le risque souvent dénoncé d'hyper-médicalisation de la vie normale était déjà présent.

#### **2013, DSM-5 : l'évolutivité**

Le DSM-5, qui intègre de nombreuses innovations – dont la prise en compte d'une perspective « développementale » – est présenté comme un texte susceptible d'être modifié fréquemment, grâce à la réactivité apportée par les supports électroniques. Cette évolutivité suggère aussi la labilité du produit actuel.

### **DSM-5 : innovations, évolutions, intégrations**

Projet initialement ambitieux, le DSM-5 n'a pas pu être accompli dans sa globalité, mais présente l'intérêt de s'inscrire dans une logique d'innovation, d'évolution et d'intégration à travers des nouveautés majeures.

#### **Un travail de longue haleine**

Fruit de 12 années de travail intense et minutieux, le DSM-5 a vu se réunir pendant 6 ans, 130 experts, majoritairement nord-américains et européens, ainsi que certains experts d'autres continents. Organisés en 13 groupes de travail, ils ont uni leurs efforts pour analyser et structurer en transparence la littérature mondiale scientifique. Les experts des groupes de travail ont fait appel à plus 400 spécialistes internationaux pour des avis supplémentaires. Ainsi, au total, plus de 550 experts ont contribué à cette 5<sup>e</sup> révision. « Contrairement aux premiers DSM conçus par des « micro-systèmes » d'experts, le DSM-5 s'appuie sur une étude extensive de la littérature scientifique mondiale permettant de confronter les points de vue », déclare le Pr. Boyer. Les innovations ont été conçues et mises en œuvre après avis et validations d'experts, commentaires du public et évaluation indépendante par des pairs. « Les décisions se

sont appuyées sur un échange confraternel pour aboutir à un consensus et les décisions même consensuelles se sont prises sur des bases objectives, chiffrables, vérifiables » explique le Pr Marc Auriacombe.

### **Approche développementale, considération des biomarqueurs, introduction des dimensions... : des nouveautés à apprécier dans la nuance**

« Logique « développementale », biomarqueurs, « dimensions », toutes ces notions nouvelles ont été concrètement introduites dans le DSM-5, mais de façon fatalement plus modeste qu'il ne l'était initialement envisagé », souligne le Pr Boyer.

- Les troubles sont pris en compte dans une **perspective développementale**. Cela signifie une approche chronologique considérant l'évolution au cours de la vie, de la petite enfance jusqu'aux états de détérioration, intégrant parallèlement les facteurs liés à l'âge, au genre et à la culture. « Suivre les troubles de leurs prodromes jusqu'à leur plein développement reflète l'ambition du DSM-5, car une telle évolution est difficile à pister. Toutefois, un trajet développemental type n'a pas pu être suivi pour chaque trouble », nuance le Pr Boyer.

- Le DSM-5 considère les progrès en imagerie cérébrale et en génétique des deux dernières décennies, mettant notamment en évidence certains **biomarqueurs** présumés. « Néanmoins, il reste une classification fondée essentiellement sur des symptômes cliniques. Les paramètres biologiques, génétiques et l'imagerie sont intéressants dans des études chez des grands groupes de patients, mais ne sont pas forcément pertinents pour le diagnostic d'un individu », explique le Dr Crocq. « Trouver des biomarqueurs pour chaque entité reste trop prématuré, d'autant que beaucoup de phénotypes ne sont pas spécifiques et très hétérogènes », poursuit le Pr Boyer.

- La notion de « **dimensions** » est introduite afin de mieux appréhender la personnalité et des symptômes présents dans plusieurs catégories diagnostiques. « Prenons l'exemple de l'hypertension artérielle. Une catégorisation binaire dirait : soit vous êtes hypertendu, soit vous ne l'êtes pas. Une approche dimensionnelle propose, elle, d'aller plus loin, avec une mesure de la tension artérielle, les valeurs de tension artérielle se répartissant sur un continuum où l'on peut choisir de déterminer un seuil séparant le normal du pathologique », précise le Dr Crocq. Le Pr Boyer poursuit : « En psychiatrie, une catégorie permet d'établir un diagnostic : un patient souffre par exemple de schizophrénie, de troubles bipolaires, de troubles obsessionnels compulsifs. Dans l'aspect dimensionnel, un individu peut être minutieux, très minutieux, ritualisé, obsédé... Ce que nous appelons dimension se situe dans une continuité. ». Il reconnaît « le caractère novateur du chapitre introduisant les traits et facettes de personnalité », mais note que « l'introduction de dimensions pour les principaux tableaux cliniques reste très problématique ».

- Certains chapitres sont remaniés. Ainsi, le **trouble du spectre de l'autisme** regroupe désormais le trouble autistique, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement, leurs symptômes faisant partie d'un seul continuum. **Les troubles de l'humeur** sont scindés en troubles bipolaires et troubles dépressifs, les **troubles obsessionnels-compulsifs** et les **troubles liés à des traumatismes** ou à des facteurs de stress sont distingués des **troubles anxieux**. **Les troubles de l'usage d'une substance** ont été restructurés avec l'insertion dans ce chapitre du jeu pathologique ouvrant ainsi la porte au regroupement des addictions avec et sans substances. De plus, les catégories « abus de substance » et « dépendance d'une substance » ont été remplacées par une catégorie dimensionnelle unique « troubles de l'usage d'une substance » avec trois niveaux de sévérité.

- Une **nouvelle section** met en évidence les troubles nécessitant des études plus approfondies mais qui ne sont pas suffisamment bien établis pour faire partie de la classification officielle (p. ex. trouble de l'usage de la caféine, trouble de l'usage des jeux sur internet).

- Des **compléments essentiels**, notamment toutes les références des études utilisées sont disponibles sur [www.psychiatry.org/dsm5](http://www.psychiatry.org/dsm5). On y trouve également des instruments de mesures supplémentaires pour renforcer les évaluations transversales et appréhender la sévérité des troubles.

### **DSM-5, une édition qui prolonge le débat : limites et perspectives**

Comme tout système de classification, le DSM-5 présente certaines limites, notamment en termes de simplification, mais aussi de seuil ou de curseur.

- Le Dr M-A. Crocq évoque des risques de **réification**. Selon lui, « le DSM-5 décrit des maladies qui sont des concepts théoriques. Comme dans toute spécialité, nous décrivons un tableau type avec parfois la tentation de le réifier, c'est-à-dire de le rendre réel, laissant l'impression que la maladie décrite est réelle et que le patient doit s'y conformer ».

- Il est parfois impossible de déterminer des frontières bien distinctes entre certains troubles psychiatriques « Les frontières des troubles entre eux et les limites avec les catégories « sous le seuil » sont parfois floues », indique le Pr Boyer. « Il existe par exemple entre la schizophrénie et les troubles bipolaires des zones communes, avec des spectres de patients présentant des symptômes évoquant tantôt l'un, tantôt l'autre et il peut s'agir de patients appartenant à la même famille. Nous savons alors pertinemment que les diagnostics peuvent être révisés, d'autant qu'ils ne sont jamais

posés en une seule fois, mais après plusieurs rencontres avec le patient ». Ainsi, utiliser les catégories du DSM-5 comme un système rigide et infaillible serait une erreur.

▪ Le Pr Auriacombe renchérit sur la notion de **seuil**. «*On navigue toujours entre deux difficultés dans les différents DSM. Soit, pour être sûr de ne pas médicaliser par erreur des phénomènes normaux, on place le seuil trop haut avec pour conséquence des retards de diagnostics et des personnes qui souffrent longtemps et accumulent les complications avant d'être reconnues. Soit, on place le seuil trop bas, favorisant de fait des repérages précoces, mais induisant également une médicalisation dommageable des phénomènes normaux. Il faut en permanence corriger* ». Question de mesure, d'appréhension, de finesse...

▪ Les limites du DSM-5 s'expriment jusque dans les différences de points de vue sur **les traitements des troubles, relatifs à l'évolution sociétale**. Les catégories diagnostiques du DSM ont la volonté d'être universelles et notamment indépendantes des contextes légaux, réglementaires et culturels. C'est pourquoi, dans le DSM-5, tous les critères diagnostiques faisant référence à la loi ou les réglementations ont été supprimés. En effet, un diagnostic médical ne doit pas être conditionné par la réglementation, très variable d'un pays à l'autre.

Pour autant, l'expression clinique des catégories diagnostiques peut varier en fonction du contexte culturel. C'est ainsi que pour chacun des troubles du DSM-5, il y a un chapitre qui discute les influences contextuelles et culturelles.

▪ Les divergences s'expriment aussi de manière **culturelle** concernant l'élaboration du DSM-5. La position américaine est par exemple beaucoup plus pragmatique que celle des Européens en termes de santé mentale.

Au final et dans une perspective positive, le DSM-5 constitue un guide qui permet de se documenter en accédant à la littérature internationale et pas seulement francophone. Il est une garantie que le psychiatre puisse avoir une certaine culture en matière de littérature et de recherche.

Au-delà de ses limites, le DSM-5\* offre cette possibilité de prolonger le débat en ouvrant le champ des possibles d'un domaine scientifique si difficile à maîtriser et sans cesse à nuancer, celui des troubles de la santé mentale. «*Le DSM a toujours été source de débats scientifiques et d'oppositions théoriques* », déclare le Pr Boyer. «*Certes imparfait, le DSM est ce que nous avons eu de mieux en matière de classification clinique. Il a le mérite de constituer un outil de référence qui s'améliore avec son temps* », poursuit le Dr Crocq. «*Langage international commun, le DSM-5 n'est jamais figé ; il est en perpétuelle évolution et révision permanente, chaque édition est le compromis d'un moment, qui sera corrigé dans l'édition suivante* », indique le Pr Auriacombe. Il reste perfectible mais surtout nécessaire pour la pratique clinique psychiatrique, s'accordent à conclure les trois experts français. A quand le DSM-6 ?

*\*Cet ouvrage de 1176 pages, destiné à tous les professionnels concernés par la santé mentale, est en vente au prix de 139 €.*

**Retrouvez les interviews du Dr Marc-Antoine Crocq et du Pr Marc Auriacombe sur <http://www.acteursdesante.fr/>**

#### **A propos d'Elsevier-Masson**

Editeur de référence du secteur médical et paramédical, Elsevier Masson s'adresse à plus de 1 million de professionnels, chercheurs, enseignants et étudiants francophones. Ses publications validées font autorité et contribuent à l'amélioration permanente de la qualité et la sécurité des soins.

Intégré à Reed International, l'éditeur du Lancet, Elsevier Masson bénéficie des synergies et des avancées des différentes entités de ce groupe leader.

Elsevier Masson est l'éditeur du DSM depuis le DSM-III dont la version française est parue en 1983.

En publiant le DSM-5\*, Elsevier Masson reste fidèle à sa mission d'accompagnement de l'évolution des savoirs et contribue à permettre le partage entre professionnels de la santé mentale de ce langage commun.

#### **Contacts Presse**

##### **Agence Capital Image**

Stéphanie Chevrel / Anne Bellion

45 rue de Courcelles

75008 Paris

Tél. : 01 45 63 19 00 – fax : 01 45 63 19 20

[www.capitalimage.net](http://www.capitalimage.net) – [www.santepress.com](http://www.santepress.com)

##### **Elsevier Masson**

Clémence Grobocopatel

62, rue Camille Desmoulins

92442 Issy les Moulineaux

Tél. 01 71 16 50 77

[c.grobocopatel@elsevier.com](mailto:c.grobocopatel@elsevier.com)