



Available online at
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com/en



Congrès Français de Psychiatrie

Clinique

Forum Association : AFPBN – Le DSM-5 vient de paraître : débat et controverses

Président : P. Courtet, hôpital Lapeyronie, CHU de Montpellier, U888 Inserm, 34000 Montpellier, France

FA3B

Les troubles de l'humeur selon le DSM-5 : quelles conséquences prévisibles ?

E. Corruble

Service de psychiatrie, CHU Le Kremlin Bicêtre, 94275 Le Kremlin-Bicêtre, France

Mots clés : Trouble dépressif unipolaire ; Trouble Bipolaire ; Deuil ; Suicide ; Anxiété

Les modifications intervenues dans le DSM-5 pour les troubles de l'humeur ont pour objectif de mieux décrire les entités cliniques pertinentes de façon d'améliorer le recours aux soins. D'abord, les diagnostics syndromiques sont modifiés. La définition de l'épisode dépressif caractérisé est simplifiée avec la suppression du critère d'exclusion lié au deuil. Ce choix, qui a pour but de mieux prendre en charge les dépressions post-deuil, a fait l'objet de nombreuses discussions et controverses. La définition de l'épisode maniaque ou hypomaniaque est également modifiée avec l'adjonction du symptôme modification de l'activité et de l'énergie [1]. Et les épisodes mixtes sont supprimés des diagnostics syndromiques et ré-intégrés comme caractéristiques spécifiques des troubles dépressifs ou bipolaires. Ce choix est secondaire aux excès antérieurs de diagnostics d'épisodes mixtes. Pour les chapitres troubles dépressifs [1] et troubles bipolaires [1], de nouvelles caractéristiques spécifiques apparaissent : les caractéristiques mixtes [1] (définies pour les épisodes dépressifs majeurs par la présence de 3 symptômes maniaques), les symptômes anxieux [1], et les caractéristiques spécifiques de risque suicidaire. Par ailleurs, de nouvelles entités sont introduites dans le chapitre troubles dépressifs [1]. Il s'agit du trouble dysphorique pré-menstruel, qui figurait auparavant dans l'appendice, et d'un nouveau trouble de l'enfant, le *disruptive mood dysregulation disorder* [1]. Enfin, dans le chapitre entités nécessitant de nouvelles études [1], apparaissent les épisodes dépressifs avec hypomanie de courte durée, le deuil pathologique complexe et persistant et les comportements suicidaires pathologiques. Ces différentes modifications devraient permettre, via leur remboursement, une meilleure prise en charge, aux États-Unis, du deuil pathologique, du risque suicidaire et du syndrome pré-menstruel pathologique.

Référence

[1] Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.083>

FA3C

DSM-5 : pourquoi avoir supprimé le système multiaxial ?

S. Demazeux

Université de Picardie Jules Verne (CHSSC et IFF), 75020 Paris, France

Mots clés : DSM-5 ; Système multiaxial ; Comorbidité ; Modèle catégoriel ; modèle dimensionnel

L'introduction d'un système multiaxial de cotation diagnostique était, avec l'adoption d'une approche athéorique et le recours à des critères opérationnels pour définir chaque trouble mental, l'une des innovations majeures de la troisième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, publié en 1980 par l'Association psychiatrique américaine [1]. Le système multiaxial était censé incarner un « changement de paradigme » [5] dans la conception du diagnostic psychiatrique : en obligeant le clinicien à prendre en compte l'ensemble des éléments du tableau clinique, pas seulement les aspects les plus médicaux, mais aussi les facteurs psychologiques et sociaux, l'ambition du système multiaxial était d'assouplir la rigidité du modèle médical et de rectifier sa myopie quelque peu biologique. Très vite cependant, le système multiaxial montra ses limites : les facteurs de stress psychosociaux (Axes IV et V), pour des raisons de confidentialité, ne pouvaient pas faire partie du diagnostic officiel [3]. Surtout, l'articulation entre syndromes cliniques de l'Axe I et troubles de la personnalité diagnostiqués sur l'Axe II devint de plus en plus problématique : non seulement il était mesuré une importante co-occurrence des troubles mentaux à l'intérieur de chaque axe, mais la co-occurrence entre troubles de l'Axe I et ceux de l'Axe II était si massive que la question s'est posée de savoir s'il fallait y voir là une véritable « comorbidité » ou plutôt la faillite d'un système mal conçu car trop redondant [4]. Le DSM-5, paru en mai 2013, a adopté une solution radicale pour mettre fin aux embarras du système multiaxial : il a tout simplement été supprimé [2]. Dans cette présentation, il s'agira d'interroger les raisons pratiques, mais aussi profondément théoriques, qui ont amené les auteurs du DSM-5 à réorganiser en profondeur la structure de la classification.

Références

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1980.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.

- [3] Demazeux S. Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie. Paris: Ithaque; 2013.
- [4] Kupfer DJ, First MB, Regier DA, editors. A Research Agenda for DSM-V. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2002.
- [5] Millon T. The DSM-III: an insider's perspective. *Am Psychol* 1983;38(7):804–14.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.084>

FFP-CNPP – les limites de l'EBM en psychiatrie

Président : N. Garret-Gloanec, CHU, centre nantais de la parentalité, 44000 Nantes, France

FA10A

La médecine par la preuve, la pédopsychiatrie française, l'autruche dans le film de Buñuel ?

F. Askenazy

Hôpitaux pédiatriques de Nice, CHU Lenval, 06200 Nice, France

Mots clés : Médecine fondée sur la preuve ; Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Pour notre discipline, fondée sur la compréhension psychopathologique de l'expression de la souffrance, la médecine par la preuve impose une modification de notre pratique de terrain, et de recherche. Son application est sujette à controverse idéologique. Le nombre d'essais randomisés contrôlés augmente. Cependant, malgré les efforts académiques pour réaliser ces projets de recherche, encourager les cliniciens à la formation, la pratique fondée sur la preuve ne rencontre pas le succès attendu [2]. La standardisation du jugement clinique est difficile à concilier avec la démarche clinique implicite basée sur l'écoute intuitive et l'apprentissage théorique de la connaissance du fonctionnement psychique. De plus dans notre discipline, la clinique est complexe, comorbide et liée à l'environnement. Le concept « cas moyen standardisé » semble inadapté selon de nombreux cliniciens. Enfin, si les études randomisées et contrôlées sont reconnues comme une « méthode scientifique objective » [1], elles présentent des biais méthodologiques [3]. Cependant, l'augmentation de la demande de soin, de l'incidence des pathologies graves, la diminution de la démographie médicale psychiatrique plaident en faveur de la nécessité d'une offre de soin plus « *secure* », mieux contrôlée. L'augmentation des offres psychothérapeutiques, de la prescription de psychotropes impose éthiquement de maîtriser précisément la prescription, ses indications et son suivi. La question est, comment conserver, la richesse, de la compréhension clinique du cas unique, de la diversité des pratiques tout en l'alliant à une pratique plus sécurisée ? Il est nécessaire d'adopter une voie médiane, qui accepte les résultats scientifiquement incontestables tout en conservant la qualité de l'écoute dans la relation clinique, au risque que la pédopsychiatrie française devienne comme l'autruche dans le film de Buñuel.

Références

- [1] Kaptchuk TJ. The double-blind, randomized, placebo-controlled trial: gold standard or golden calf? *J Clin Epidemiol* 2001;54:541–9.
- [2] McClellan JM, Werry JC. Evidence-based treatments in child and adolescent psychiatry: an inventory. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:1388–400.
- [3] Munder T, Brutsch O, Leonhart R, Gerger H, Barth J. Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: an overview of reviews. *Clin Psychol Rev* 2013;33:501–11.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.085>

Rencontre avec l'expert

R3

Devenir mère : heureux événement ou facteur de risque évolutif pour la femme souffrant de schizophrénie ?

J. Crestin

Centre hospitalier Paul-Guiraud Villejuif, 94800 Villejuif, France

Mots clés : Schizophrénie ; Maternité ; Grossesse ; Cours évolutif de la maladie ; Relation mère-bébé

De nos jours, plus de la moitié des femmes schizophrènes deviennent mères. La maternité entraîne chez toutes les femmes un processus de crise, possiblement maturative. La fragilité psychique rend les schizophrènes plus vulnérables aux difficultés de cette période. La maternité a le plus souvent un impact sur le cours évolutif de la maladie de la mère, et cet impact est variable. La grossesse est une période fréquemment symptomatique pour ces femmes et les rechutes en post-partum sont très fréquentes. À plus long terme, l'impact de la maternité sur l'évolution de la schizophrénie maternelle est parfois positif, souvent négatif, mais on manque d'études permettant de le quantifier et d'en apprécier les facteurs déterminants. La relation mère schizophrène-bébé est à risque de présenter des troubles importants. La fusion avec le bébé est à la fois recherchée par la mère et source d'angoisses massives. Le bébé s'adapte à sa mère pour la protéger, mais cela risque de se faire au détriment de son développement à lui. Les étapes du processus de séparation/individuation seront souvent à l'origine de réactions d'intolérance et d'angoisse de la mère et de rechutes délirantes. L'enfant est à haut risque de présenter des troubles développementaux, des anomalies de l'attachement, et des troubles psychiatriques divers. La plupart de ces femmes ne pourront pas élever leur enfant. Le facteur pronostic le plus important est la présence d'un conjoint étayant, or celui-ci est le plus souvent absent. La mise en place d'un réseau de soins multidisciplinaire cherche à soutenir cette dyade et à prévenir les mises en danger physique et psychique potentielles. Le travail principal se fait sur l'élaboration de la distance tolérable pour chaque partenaire sans qu'il soit désorganisé. L'anticipation précoce des difficultés est primordiale pour aider à la constitution d'une relation satisfaisante entre la mère schizophrène et son enfant, et à prévenir dans tous les cas des conséquences négatives sur l'évolution de la maladie.

Pour en savoir plus

Bosanac P, Buist A, Burrows G. Motherhood and schizophrenic illnesses: a review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry* 2003;37:24–30.

Darves-Bornoz JM, Lemperière T, Degiovanni A, Sauvage D, Gaillard. Les femmes psychotiques et leurs enfants. *Ann Med Psychol* 1995;153(4):286–9.

Davies A, Mcivor RJ, Kumar RC. Impact of childbirth on a series of schizophrenic mothers: a comment on the possible influence of oestrogen on schizophrenia. *Schizophr Res* 1995;16:25–31.

Guedeney A. Prise en charge des femmes enceintes ayant une pathologie mentale chronique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29(suppl. 1):39–42.

Harlow BL, Vitonis AF, Sparen P. Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior pregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64(1):42–8.

Howard LM, Goss C, Leese M, et al. The psychosocial outcome of pregnancy in women with psychotic disorders. *Schizophrenia Res* 2004;71:49–60.

Matevosyan MR. Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia: a meta-study. *Arch Gynecol Obstet* 2011;283:141–7.