

Diagnostic de schizophrénie: approche catégorielle et dimensionnelle, quelle complémentarité?

Marc-André Domken, André Masson, Martin Desseilles, Olivier Pirson, André De Nayer, Benoît Gillain, Laurent Mallet, Benoît Delatte, Vincent Dubois, Edith Stillemans, Johan Detraux

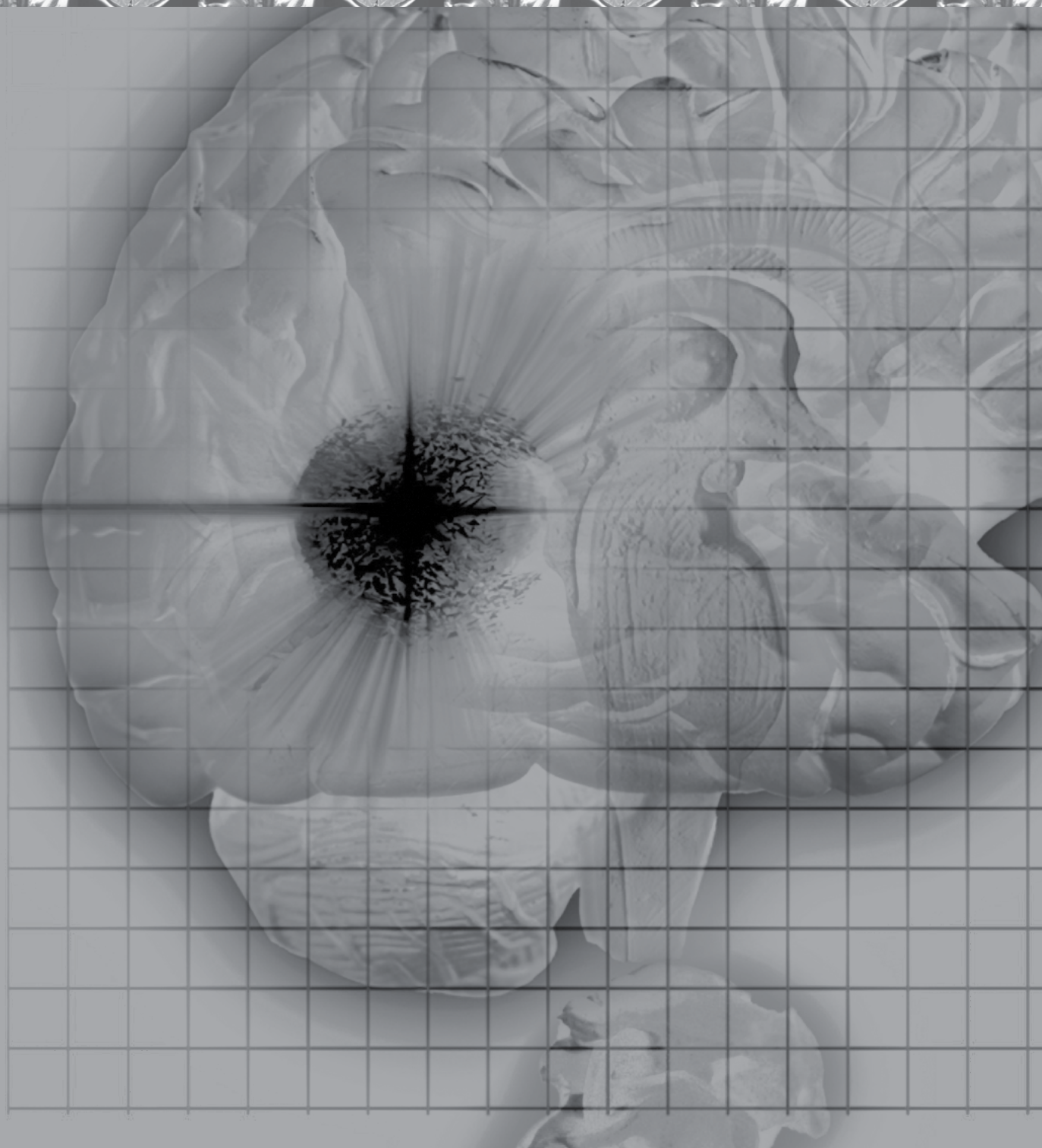
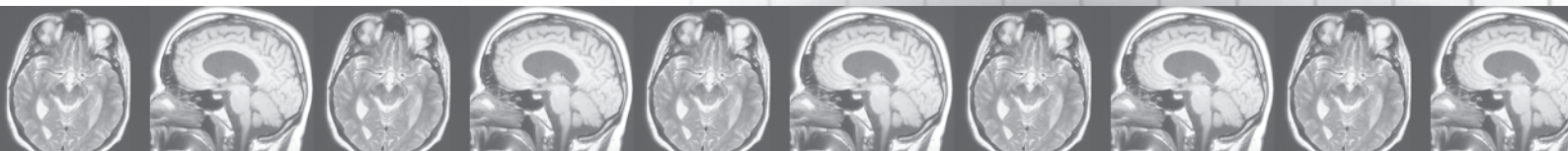


Table des matières

1. Introduction	3
2. Aspects historiques	3
3. Définitions	3
3.1. Maladie	4
3.2. Symptôme	4
3.3. Syndrome	4
3.4. Maladie selon la médecine somatique et la psychiatrie	4
3.5. Approche catégorielle et dimensionnelle	5
4. Construire une classification nosographique scientifique: quelques réflexions	5
4.1. Fiabilité, validité et utilité	5
4.2. Approches <i>bottom-up</i> (phénoménologiques) et <i>top-down</i> (théoriques)	5
5. Avantages et inconvénients des approches catégorielles et dimensionnelles	5
5.1. L'utilité des catégories	5
5.2. Une comorbidité excessive	6
5.3. Existence d'éléments transdiagnostiques	6
5.4. Le problème des troubles «non spécifiés»	6
5.5. La stigmatisation	6
5.6. Forte hétérogénéité au sein d'une catégorie	7
5.7. Continuum entre normal et pathologique	7
5.8. Risques de diagnostics excessifs et de surmédicalisation	7
6. Conséquences potentielles d'une approche catégorielle ou dimensionnelle	7
6.1. Assurance-maladie	7
6.2. La recherche et la formation	8
6.2.1. Le RDoC	8
6.2.2. Psy Mate et la temporalité du diagnostic	10
6.2.3. EASE	10
6.2.4. La formation des psychiatres	10
7. Changements dans le DSM-5, par rapport au DSM-IV-TR, pour la schizophrénie	11
7.1. Changements catégoriels	11
7.1.1. La schizophrénie	11
7.1.2. Le trouble schizo-affectif	11
7.2. Évaluation dimensionnelle des symptômes et des signes psychotiques dans le DSM-5	13
7.2.1. <i>Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity</i>	13
7.2.2. DSM-5 auto-évaluation symptomatique transversale niveau 1	13
8. Conclusions	14

1. Introduction

«L'opposition théorique et méthodologique entre deux approches de la pathologie mentale – l'une, 'l'approche catégorielle ou discrète', l'autre, communément appelée 'approche dimensionnelle ou continue' – apparaît de plus en plus comme l'enjeu d'un choix crucial pour la réorganisation du savoir psychiatrique et la rénovation de la classification nosologique» (1). Tandis que l'approche catégorielle établit des catégories précises aux propriétés clairement définies, visant à établir la présence ou l'absence d'un certain nombre de symptômes, l'approche dimensionnelle essaye de caractériser ces symptômes par leur degré d'intensité (1-3).

Suite à la lenteur des progrès de la recherche en psychiatrie, l'approche catégorielle semble être remise en question. Par exemple, certains auteurs proposent un démantèlement de la classification des psychoses, c'est-à-dire une remise en cause de notre nosographie fondée sur les deux grandes entités discrètes définies par Kraepelin. En effet, la schizophrénie et les troubles bipolaires se superposent partiellement sur le plan génétique et dans leurs traitements médicamenteux (4). Plusieurs autres arguments ont été avancés pour remplacer ces catégories diagnostiques par des dimensions, notamment l'existence des troubles schizo-affectifs, qui suggère un continuum englobant ces deux entités diagnostiques.

Actuellement, deux grands systèmes de classification sont utilisés pour établir le diagnostic de schizophrénie: le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) et la classification internationale des maladies, la CIM (*International Classification of Diseases*, ICD) qui, elle, contient également les pathologies somatiques. Cependant, le DSM s'est progressivement imposé comme la référence mondiale pour poser un diagnostic psychiatrique. En mai 2013, presque 20 ans après celle du DSM-IV, la cinquième édition du DSM, le DSM-5, est arrivée (5). Il était question d'y introduire des approches radicalement nouvelles pour surmonter la dichotomie psychose-trouble de l'humeur et améliorer son utilité clinique. En fait, il n'a pas été possible d'opérer la révolution tant attendue pour diverses raisons (6), notamment le risque d'un refus des assurances nord-américaines de rembourser certaines formes de psychothérapies dans le cadre des psychoses (trouble bipolaire inclus). Néanmoins, certaines nouveautés sont à

noter, dont la principale réside dans l'introduction d'une évaluation dimensionnelle. C'est pourquoi le manuel parle maintenant des troubles du spectre (ou continuum) de la schizophrénie. Cette évaluation dimensionnelle est venue compléter l'approche catégorielle des versions précédentes, qui s'était révélée insuffisante pour cerner la complexité des troubles mentaux.

Le DSM-5 complète les catégories néo-kraepelinienne par une timide approche dimensionnelle.

Dans cet article, nous nous proposons d'explorer les mérites et limites de ces deux approches dans la construction nosographique de la schizophrénie, avec l'objectif de souligner leur complémentarité. Nous suggérerons l'utilisation conjointe des catégories et des dimensions car, dans sa pratique, le clinicien a besoin de faire des choix binaires, mais aussi d'apprécier des nuances.

Exprimer simultanément les symptômes des patients de manière dimensionnelle et catégorielle pourrait être le plus utile sur le plan clinique.

2. Aspects historiques

Le DSM-III, publié en 1980, a marqué une rupture fondamentale avec la psychiatrie traditionnelle et les éditions précédentes du DSM (I-1952, II-1968), car il établissait pour la première fois des listes de critères diagnostiques observables avec un meilleur accord inter-juges. Cela répondait à la dérive de la psychiatrie américaine dans les années 1970 où le diagnostic était pour l'essentiel une affaire subjective (3, 7, 8). Selon Demazeux (2013), «les fréquences des différentes formes de psychose variaient de 1 à 7 d'un état américain à l'autre. De plus, les psychiatres américains avaient tendance à diagnostiquer la schizophrénie deux fois plus souvent que leurs homologues anglais» (7).

La construction du DSM-III a été un choix stratégique en réponse à la position de plus en plus fragile de la psychiatrie aux États-Unis. En effet, la nosographie psychiatrique américaine était en position de faiblesse à l'intérieur d'une médecine de plus en plus centrée sur la recherche fondamentale (9). Le DSM-III était un outil «athéorique» fondé essentiellement sur des

critères objectivables («*bottom-up*») de la même manière par tout psychiatre ou psychologue, quelle que soit son orientation théorique. Le DSM-III se différençait donc des DSM-I et II, fortement empreints des conceptions psychanalytiques qui orientaient l'examen clinique («*top-down*») (3, 7, 10). Le DSM-III représentait également une réponse aux critiques issues du courant antipsychiatrique, qui accusait la psychiatrie de confondre la psychopathologie avec les problèmes moraux et sociaux (7, 10).

Avec le DSM-III, c'est le paradigme néo-kraepelinien qui s'impose, affirmant l'appartenance de la psychiatrie à la médecine, tout en cherchant à augmenter le caractère scientifique objectivable des catégories des troubles mentaux afin de mieux cerner leur enracinement biologique.

On avait une ambition beaucoup plus grande avec le DSM-5 qu'avec les DSM précédents. Il s'agissait d'établir une classification encore plus «scientifique», fondée notamment sur des corrélations avec des éléments neurobiologiques. Par ailleurs, il était question d'orienter le DSM vers une psychiatrie préventive (en y incluant par exemple le concept de sujets à risque de psychose) et d'y introduire une classification beaucoup plus complexe par dimensions (cependant, certains concepteurs du DSM-5 ont dû limiter leurs ambitions par manque de données neuroscientifiques probantes et par pression des assurances).

La classification du DSM-5 vise à rendre les diagnostics psychiatriques plus scientifiques (apport de la neurobiologie) et à identifier des catégories de patients à hauts risques pour certains diagnostics, y compris la schizophrénie.

3. Définitions

L'approche catégorielle prévaut en médecine somatique et en médecine classique. Les catégories diagnostiques les plus fréquentes sont les syndromes et les maladies. En psychiatrie, en l'absence d'étiologie identifiée, on n'utilise pas le terme de maladie mais ceux de trouble ou de syndrome. Nous proposons quelques définitions avant d'entrer dans la comparaison des dimensions et catégories de la psychose.

3.1. Maladie

Les médecins ont depuis longtemps cherché à donner une définition de la maladie. Cependant, si l'on prend un dictionnaire médical, il est difficile de trouver une définition satisfaisante (11, 12). Selon le Larousse médical, le mot «maladie» se définit comme une «altération de la santé comportant un ensemble de caractères définis, notamment une cause, des signes et symptômes, une évolution et des modalités thérapeutiques et pronostiques précises» (13).

La définition de la santé et de la maladie par l'OMS (la définition la plus répandue) présente l'intérêt d'insister sur les différentes dimensions de la santé/de la maladie. En envisageant l'aspect physique, psychique et social, elle ne privilégie pas l'aspect purement somatique auquel se limite souvent l'approche médicale. Selon cette définition, la santé est un «état complet de bien-être physique, mental et social»; la maladie est définie comme «un dysfonctionnement d'origine psychologique, physique ou/et sociale, qui se manifeste sous différentes formes» (14-16).

3.2. Symptôme

Le mot «symptôme» est issu du grec ancien et signifie «accident», «coïncidence». Le symptôme est donc, à l'origine, «ce qui survient ensemble», ce qui «concourt» ou «co-incide» avec la maladie, le trouble ou sa cause. Un symptôme est un signe clinique qui représente une manifestation partielle d'une maladie ou d'un trouble mental, telle que ressentie et exprimée par un patient et/ou observée par le clinicien. En médecine somatique, les symptômes peuvent être accompagnés par des signes objectifs (par exemple, la température, les résultats de laboratoire ou des défauts anatomiques) (17). Un même symptôme peut être souvent attribué à différentes maladies ou troubles mentaux: on ne peut donc pas conclure qu'un symptôme (par ex. la fièvre ou l'hallucination) est dû à une maladie ou un trouble donné (par ex. la grippe ou la schizophrénie, respectivement). En psychiatrie, il n'existe pas de symptôme pathognomonique.

3.3. Syndrome

Le terme «syndrome» dérive lui aussi du grec ancien et signifie littéralement «courir ensemble». Un syndrome est donc un ensemble de symptômes ou signes cliniques qui, collectivement, caractérisent un trouble (17). Par exemple, on parle de

trouble dépressif majeur lorsqu'une personne présente au moins 5 symptômes (sur un ensemble de 9) pour une durée d'au moins deux semaines, la plupart du temps, entraînant un changement dans le mode de fonctionnement habituel, l'humeur dépressive et/ou l'anhédonie devant être obligatoirement présents.

Comment parvient-on à définir ce syndrome? Une catégorie diagnostique doit avoir un lien avec un phénotype observable dans la nature, mais dans la nosographie psychiatrique, «la carte n'est pas le territoire» (18). En d'autres mots, les catégories diagnostiques sont des représentations approximatives de la réalité psychopathologique produites par des analyses statistiques des données cliniques. De même, des techniques statistiques d'analyse factorielle ont été utilisées afin d'étudier les corrélations entre les différents symptômes chez des patients porteurs du diagnostic de schizophrénie afin d'identifier les différentes dimensions de ce syndrome. De nombreuses études préconisent le regroupement des symptômes en 5 facteurs ou dimensions: positive, négative, cognitive/désorganisation, dépression/anxiété et excitation (ou impulsivité). Ceci démontre l'intrication des approches catégorielle et dimensionnelle dans le syndrome schizophrénique.

La science veut qu'un système de classification représente de façon optimale la structure inhérente du monde réel. Les classifications scientifiques (par exemple, le tableau périodique des éléments) visent à représenter l'«organisation structurelle du monde». Actuellement, en médecine, la majorité des classifications (catégorielles ou dimensionnelles) sont des modélisations construites à partir des observations cliniques tant quantitatives que qualitatives.

Chaque version du DSM résulte du travail de très nombreux experts, réunis dans plusieurs groupes. Les critères diagnostiques pour les troubles mentaux s'appuient sur le jugement clinique des experts du comité du DSM. Ces jugements sont le résultat du regroupement d'un nombre considérable de données empiriques (revues de la littérature, analyses de données cliniques, résultats d'études sur le terrain centrées sur des points litigieux de la classification). Le DSM reste donc centré sur la statistique et la concordance des avis entre spécialistes.

3.4. Maladie selon la médecine somatique et la psychiatrie

Les Anglo-Saxons possèdent divers termes pour désigner la maladie. En médecine classique, le terme «*disease*» renvoie à la connaissance objective des anomalies physiques (anatomiques, physiologiques, ou biochimiques) du patient. Les mots «*illness*» ou «*sickness*», souvent utilisés comme synonymes de *disease*, désignent la maladie telle qu'elle est éprouvée et perçue par les malades eux-mêmes (*subjective feeling of «being ill»*) (3). Dans la langue française et flamande, il n'existe qu'un seul terme, «la maladie», pour caractériser ces divers aspects.

En psychiatrie, on utilise souvent les termes «maladies mentales» ou «troubles mentaux», ce dernier étant un concept spécifique à la psychiatrie. Cependant, la schizophrénie n'a pas reçu à ce jour une explication scientifique globale validée. Il n'existe aucun «marqueur biologique» (tests génétiques, biochimiques ou électrophysiologiques, imagerie cérébrale, etc.) de la schizophrénie (3). Le diagnostic en psychiatrie est essentiellement clinique, c'est-à-dire qu'il repose sur des entretiens structurés ou semi-structurés. Les examens complémentaires radiologiques ou biologiques ne servent en général que pour exclure des causes somatiques des symptômes observés (3). Le diagnostic de maladie mentale doit être considéré comme un syndrome après l'exclusion des causes somatiques possibles des symptômes (3).

Le diagnostic psychiatrique est essentiellement clinique car la recherche de l'étiologie des maladies mentales est toujours en cours. Aucun marqueur biologique n'est à ce jour disponible. Le terme «maladie mentale» (ou «trouble mental») n'est donc pas synonyme de «maladie» selon la définition donnée par la médecine.

Le DSM-5 définit un trouble mental «comme étant un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives de la cognition, de la régulation des émotions ou du comportement qui sont les reflets d'un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou développementaux impliqués dans le fonctionnement mental». Selon le DSM-5, les troubles mentaux sont généralement associés à une importante détresse ou à un handicap dans les activités sociales,

professionnelles ou de loisir. De plus, le trouble mental ne doit pas être simplement la réponse attendue et culturellement admise à un événement particulier (par ex. le décès d'un être cher), ni un comportement socialement déviant (par ex., politique, religieux ou sexuel), ni résultat d'un conflit avec la société (19).

3.5. Approche catégorielle et dimensionnelle

Par «catégoriel» nous entendons qu'un état psychopathologique est considéré comme présent chez une personne quand la combinaison et le nombre de critères spécifiques sont remplis. Un diagnostic catégoriel a seulement deux valeurs possibles: présent ou absent. Bien que chaque personne présente un profil symptomatique ayant différentes variations quantitatives (le nombre de critères présents) et une gradation distincte allant du normal au pathologique (la sévérité des symptômes), on utilise des *cut-offs* artificiels et donc une méthode binaire ou **qualitative**. En soi, la plupart des symptômes sont dimensionnels. Mais, finalement, toute approche dimensionnelle peut devenir catégorielle à la suite de la définition d'un *cut-off* particulier. L'approche catégorielle suppose que tous les membres d'une catégorie soient homogènes, que les limites entre classes soient précises et qu'un individu ne puisse pas appartenir à deux catégories distinctes (mutuellement exclusives).

L'approche «dimensionnelle» implique l'existence de différences **quantitatives** au sein d'un continuum. Elle caractérise des symptômes par leur degré d'intensité (par ex. la dimension psychotique ou dépressive) (3).

L'approche catégorielle propose une démarche binaire ou qualitative: elle vise à établir l'appartenance ou non d'un individu à une catégorie diagnostique. L'approche dimensionnelle est une démarche quantitative en «plus ou moins»: il s'agit d'évaluer l'intensité de différents symptômes chez un individu.

4. Construire une classification nosographique scientifique: quelques réflexions

4.1. Fiabilité, validité et utilité

Une classification des troubles mentaux doit répondre à trois critères: la fiabilité, la

validité et l'utilité. La fiabilité correspond à la probabilité que différents cliniciens puissent s'accorder sur la même catégorie nosographique. Elle exige que devant le même patient, le même cas clinique, deux cliniciens aient le plus de chances possibles d'établir le même diagnostic. La validité concerne la correspondance réelle entre le diagnostic et le trouble (processus pathologique) et exige que le clinicien puisse, grâce à cette classification, aisément séparer un trouble d'un autre, un cas d'un autre. Bien que la fiabilité des diagnostics se soit améliorée avec les éditions successives du DSM (10), la validité est restée insuffisante. Enfin, l'utilité du diagnostic est nécessaire, afin que les praticiens de la clinique ou de la recherche, ainsi que les acteurs de la santé mentale (assurance-maladie, mutuelles, administrations sanitaires) et les usagers puissent le considérer comme un instrument pertinent dans leur domaine respectif. Donc, contrairement à la validité, qui est un critère universel, le degré d'utilité dépend de l'utilisateur (3). Selon van Os, les catégories diagnostiques actuelles des troubles psychotiques ne répondent pas aux critères classiques de validation, notamment en termes de spécificité. Selon lui, il n'existe aucune preuve consistante de la spécificité – en termes de symptomatologie, d'étiologie, de traitement et de pronostic – des différentes catégories diagnostiques (20, 21).

4.2. Approches *bottom-up* (phénoménologiques) et *top-down* (théoriques)

Une classification nosologique se fonde sur une approche *bottom-up*, émergeant des expériences et symptômes des patients, et/ou sur une approche *top-down*, où elle est générée par des modèles explicatifs ou postulants.

Dans l'approche *bottom-up*, sur le plan statistique, les études d'analyse factorielle suggèrent que des groupes spécifiques de symptômes tendent à s'agglomérer ou à coexister chez les patients (2).

L'analyse factorielle est une méthode de réduction d'un grand nombre de variables (symptômes) en un petit nombre de «facteurs» sous-jacents. Le choix des facteurs est influencé par la méthodologie employée (par exemple, instrument d'évaluation de la symptomatologie schizophrénique), par la sélection de populations spécifiques, ainsi que par la capacité de s'affranchir de ses propres convictions sur l'étiopathogénie du trouble. Différentes méthodes de

«rotation» peuvent être utilisées pour trouver ces facteurs. Chacune porte différentes hypothèses concernant les données. La rotation orthogonale identifie des facteurs qui ne sont pas corrélés (et donc indépendants les uns des autres), ce qui rend les facteurs qu'elle produit plus faciles à interpréter. Cette méthode a été utilisée par la plupart des études. Cependant, l'indépendance des symptômes des différents «facteurs» est relative, ce qui limite sa représentation de la réalité clinique. La rotation oblique, qui permet l'analyse du niveau de corrélation entre les facteurs, est conceptuellement plus appropriée parce qu'elle correspond mieux à cette réalité. Elle permet de mieux analyser la fluctuation au cours du temps des interrelations entre les différentes dimensions. Outre le problème de rotation, il n'existe pas de méthode consensuelle pour définir le nombre optimal de facteurs à extraire (valeurs propres > 1, pourcentage de variance expliquée, détermination a priori, etc.). Par exemple, un choix basé sur le pourcentage de variance expliquée favorise le choix de dimensions constituées de nombreux symptômes au détriment de dimensions moins représentées mais néanmoins cliniquement pertinentes, comme la conscience morbide. De plus, les modèles comportant davantage de dimensions sont généralement mieux ajustés aux données cliniques (2).

Les analyses factorielles ont montré que les symptômes de la schizophrénie peuvent se regrouper en 5 dimensions: positive, négative, cognitive/désorganisation, dépression/anxiété et excitation (ou impulsivité) (22). Bien que plusieurs études aient confirmé cette structure factorielle (22-28), d'autres modèles [les modèles en 2 (29), 3 (30-32), 6 (22), 8 (2) ou 9 (19) dimensions] ont été proposés pour regrouper les symptômes et rendre compte de l'hétérogénéité clinique du trouble. De plus, il semble que la structure factorielle puisse varier en fonction de la phase de la maladie, de sa sévérité et du type de trouble psychotique considéré (28, 33).

5. Avantages et inconvénients des approches catégorielles et dimensionnelles

5.1. L'utilité des catégories

Les catégories du DSM sont facilement identifiables grâce aux critères opérationnels descriptifs qui les caractérisent. Moyennant le respect des règles critériologiques, d'exclusion et de la présence d'impact fonctionnel significatif des symptômes, tout sujet est identifié

comme présentant ou non le diagnostic concerné (1, 3). Cette démarche binaire est bien connue des médecins (3). Le taux d'accord inter-juges est bon, ce qui en fait une classification fiable. Nous verrons, cependant, que la validité des catégories pose question. Certains auteurs ont proposé de décrire la structure de la pathologie comme un réseau de composantes exerçant une interaction dynamique et non linéaire. À cause d'une connectivité accrue, l'individu peut développer un agglomérat des symptômes cliniques appartenant à différentes catégories diagnostiques (34-39).

Les avantages d'une approche catégorielle sont multiples. En tant que clinicien, les concepts catégoriels nous sont familiers. Ils rassemblent beaucoup d'informations en peu de mots et ont une valeur pronostique. Ce sont par ailleurs des concepts aisément communicables, qui permettent de prendre rapidement des décisions thérapeutiques (18).

5.2. Une comorbidité excessive

L'un des problèmes majeurs dans l'approche catégorielle est le fait qu'en psychiatrie les catégories diagnostiques coexistent fréquemment: il n'est pas rare qu'un même patient puisse être classé dans plusieurs catégories diagnostiques, ce qui met en doute la validité de ces catégories et limite leur utilité clinique. Le DSM s'est complexifié avec le temps, ajoutant sans cesse de nouveaux diagnostics possibles, mais malgré cela, de nombreuses données montrent que la comorbidité constitue la règle plutôt que l'exception en psychopathologie. Une telle comorbidité peut signifier que l'outillage conceptuel des symptômes cliniques n'est pas assez spécifique et discriminant ou qu'au contraire, certains diagnostics devraient être regroupés en une entité plus grande. La forte comorbidité observée pour les troubles psychiatriques continue d'apparaître comme l'indice d'une tare inhérente à la taxonomie actuelle.

En psychiatrie, la co-occurrence de plusieurs troubles chez un même individu est la règle plutôt que l'exception. Cela peut être une des conséquences d'une approche catégorielle, comme celle du DSM.

5.3. Existence d'éléments transdiagnostiques

Des études récentes (40-44) ont démontré l'existence d'éléments transdiagnostiques. Ils comprennent des caractéristiques cliniques (par ex. hallucinations, délire, symptômes dépressifs, impulsivité, troubles cognitifs, conscience morbide, etc.) ou étiologiques probables (par ex. neurobiologique, génétique, traumatique, environnementale, etc.). En fait, il apparaît qu'un grand nombre de diagnostics considérés comme distincts sont sous-tendus par des facteurs étiologiques communs (par exemple, stress, trauma, drogues), et donc que les manifestations psychopathologiques ne sont pas adéquatement représentées par des catégories distinctes. Ces éléments transdiagnostiques sont des cibles potentielles pour des interventions thérapeutiques qui pourront s'avérer efficaces dans les différents diagnostics où ils sont présents (45). Dès lors, une approche dimensionnelle centrée sur ces signes cliniques ou phénomènes psychologiques plutôt que sur les catégories psychiatriques présente de nombreux avantages, dont l'étude approfondie de phénomènes qui s'observent à des degrés d'intensité divers dans les populations générales et cliniques. Selon van Os, quelles que soient les entités diagnostiques psychiatriques auxquelles ils sont associés, les symptômes psychotiques subcliniques sont apparus d'importance pronostique (50).

L'hallucination, également peu spécifique d'un diagnostic donné, s'envisage davantage actuellement comme une dimension clinique transnosographique. Les hallucinations peuvent apparaître au décours d'une multitude de pathologies psychiatriques (troubles de l'humeur, état de stress post-traumatique, spectre schizophrénique, troubles de la personnalité), ainsi que dans la population générale ou non clinique* (46-49). Pour cela, les hallucinations sont de plus en plus considérées dans une perspective dimensionnelle et transnosographique.

Encore selon van Os, les grands systèmes de classification en psychiatrie bénéficieraient d'un système de dimensions cliniques transnosographiques, y compris une dimension transnosographique de la psychose (50).

5.4. Le problème des troubles «non spécifiés»

Les catégories NOS (*Not Otherwise Specified*) visaient à regrouper les quelques cas

qui ne satisfaisaient pas à tous les critères définissant certains troubles spécifiques. Cependant, pour diverses catégories du DSM, les catégories NOS sont les plus fréquemment utilisées. Un recours fréquent à ces catégories indique une inadéquation de la classification aux réalités cliniques. En conséquence, le nombre des étiquettes diagnostiques n'a cessé d'augmenter à travers les éditions successives du DSM, sans que l'on soit parvenu à identifier des groupes cliniques stables, homogènes, cohérents, susceptibles d'être représentés par des catégories spécifiques bien délimitées. Dans le DSM-5, ces catégories ont été supprimées et remplacées par les sous-catégories «troubles autrement spécifiés» et «troubles non spécifiés» (ne regroupe que les phénomènes pour lesquels des informations manquent pour établir un diagnostic plus précis).

5.5. La stigmatisation

Certains auteurs mettent en garde que l'approche catégorielle favoriserait la stigmatisation. Le diagnostic, tel un label accroché à un individu, influence souvent le regard et les attitudes des autres à son égard. De plus, il détermine la manière dont lui-même se perçoit et réagit. Il faut faire particulièrement attention quand on pose un diagnostic chez un sujet jeune, parce que, même s'il s'avère faux, ce jugement risque de rester attaché à la personne toute sa vie. Un diagnostic posé peut aussi influencer la prise en charge ultérieure à long terme, y compris l'accès général aux soins. Une personne étiquetée «schizophrène» par son entourage ou par le clinicien ne peut donc pas facilement échapper à cette identification. En fait, il suffit de lire l'introduction du DSM pour constater que les auteurs ont mis en garde contre la pratique d'enfermer des personnes dans des catégories. Pour cette raison, les auteurs du DSM parlent par exemple «d'un individu avec une perturbation de type schizophrénique» au lieu «d'un schizophrène». En conséquence, certains cliniciens évitent de poser un diagnostic trop précis en utilisant la catégorie «non spécifiée», ce qui pose d'autres difficultés.

Jim van Os a proposé de remplacer le diagnostic de schizophrénie par celui de syndrome de saillance (SDS). Il postule qu'un SDS sera moins stigmatisant qu'un diagnostic de schizophrénie et aura plus de validité cliniquement (il sera plus proche du vécu des patients). Le SDS est formé de 6 dimensions ayant tendance à survenir conjointement (symptômes positifs,

symptômes négatifs, symptômes dépressifs, symptômes maniaques, altérations cognitives développementales et désorganisation), le long desquelles les sujets peuvent passer du risque de transition à la nécessité de prise en charge s'ils dépassent le seuil pour une ou plusieurs dimensions, ce qui conduit à une sous-catégorisation: avec expression affective, avec expression développementale et non spécifié (20, 21).

Au Japon, le nom de la schizophrénie a été modifié en 2002 dans le but de réduire la stigmatisation. Au lieu de «*Seishin Bunretsu Byo*» («esprit divisé»), on dit maintenant qu'une personne est atteinte de «*Togo-shitcho sho*» («trouble de l'intégration»). Après 7 mois, ce changement a déjà entraîné une intégration du nouveau nom dans 78% des dossiers (n = 17.108). Selon une autre étude, effectuée 11 mois après ce changement, 86% de psychiatres trouvaient le nouveau terme plus adapté pour informer le patient de son diagnostic et pour expliquer la conception moderne de ce trouble (51).

Le diagnostic psychiatrique peut avoir un effet stigmatisant, en particulier chez les jeunes. Le diagnostic peut changer à la fois la manière dont l'individu se voit et la manière dont la société le voit (3).

5.6. Forte hétérogénéité au sein d'une catégorie

Il existe une très grande hétérogénéité des patients recevant un même diagnostic. L'approche catégorielle ne tient pas compte de cette hétérogénéité et ne permet pas de quantifier la sévérité des symptômes présents. L'approche catégorielle en psychopathologie se heurte également au problème dit des symptomatologies sous-syndromiques (ou symptomatologies «sous-seuil»), c'est-à-dire les cas où un diagnostic ne peut pas être posé car les critères nécessaires ne sont pas présents. Ce phénomène est d'autant plus problématique que les syndromes «partiels» (subliminal, sous-syndromique) sont fréquemment associés à une plainte concrète et à une souffrance psychologique significative et un dysfonctionnement objectivable, et qu'ils ont parfois une valeur pronostique importante. L'approche dimensionnelle présente un meilleur pouvoir descriptif, dans la mesure où elle permet de mieux couvrir l'hétérogénéité du dysfonctionnement et de mieux décrire le continuum des phénomènes/psychopatho-

logie. Elle permet de réaliser des analyses plus fines des caractéristiques de chaque individu et d'orienter le clinicien vers des interventions plus spécifiques. Cependant, il est nécessaire au préalable de déterminer quelle est la dimension pathologique ayant l'impact clinique prédominant.

5.7. Continuum entre normal et pathologique

L'approche catégorielle détermine un seuil qualitatif entre normal et pathologique; par contre, l'approche dimensionnelle est quantitative et présuppose l'existence d'un continuum entre normal et pathologique (52). Cette dernière permet plus facilement de faire varier le seuil de passage du normal au pathologique et ainsi de s'adapter aux variations liées aux spécificités contextuelles, culturelles ou individuelles (53), en présence d'autres symptômes possibles (52). Cependant, les systèmes dimensionnels impliquent une lourdeur de communication puisqu'il faut citer toutes les dimensions présentes chez un sujet ainsi que leur intensité, qui est variable dans le temps. Il existe moins de recherche, entre autres, sur les interactions dynamiques des dimensions entre elles, et les médecins sont moins familiers avec leur utilisation.

5.8. Risques de diagnostics excessifs et de surmédicalisation

Il y a une inflation du nombre de troubles mentaux répertoriés. En 50 ans, le nombre de troubles mentaux a été multiplié par 4. On est passé d'une centaine de troubles dans le DSM-I (le DSM-I, édité en 1952, comprenait 106 diagnostics différents, principalement issus de la littérature psychanalytique d'où il puisait également sa validité) à plus de 400 dans le DSM-5 (le DSM IV-TR comprenait 294 diagnostics différents, exclusivement organisés en catégories). De plus, les nouveaux critères du DSM-5 abaissent les seuils nécessaires au diagnostic de trouble mental. Le psychiatre américain Allen Frances s'alarme de ce fait dans son récent ouvrage (54).

Concernant les troubles du spectre de la schizophrénie, apparaît, dans les annexes, le «syndrome de psychose atténuée», qui décrit des expériences fréquentes dans la population générale. Il a été proposé comme diagnostic sous le nom de «syndrome de risque de psychose» («*attenuated psychosis syndrome*» ou «*ultra-high risk individuals*») (55). Selon le Dr Frances, «*nous n'avons en réalité aucun moyen de prédire vraiment qui développera une psychose et*

il y a fort à parier que 8 jeunes sujets ainsi labellisés sur 10 ne le deviendront jamais. Le résultat serait une inflation aberrante du diagnostic et des traitements donnés à tort à des sujets jeunes, avec des effets secondaires graves.» À la suite d'un débat houleux au sein de l'*American Psychiatric Association*, le diagnostic de risque de psychose («syndrome de psychose atténuée») a finalement été écarté du DSM-5 et inclus dans une liste de syndromes «*exigeant des études complémentaires*» (56).

Cependant, selon Paris, le surtraitement pourrait aussi découler d'une approche dimensionnelle, car la continuité entre le normal et le pathologique laisse le clinicien sans repère à partir duquel un traitement est indiqué. En effet, dans cette approche, le signe clinique ou la dimension n'est pas qualitativement différent(e) de l'état normal, mais une variation quantitative d'un processus normal (3).

On a assisté à l'explosion du nombre de catégories en 33 ans: de 228 (dans le DSM-III) à 541 (DSM-5) (8). Cependant, l'approche dimensionnelle n'offre de solution ni au risque d'inflation diagnostique, ni à celui de surmédicalisation.

6. Conséquences potentielles d'une approche catégorielle ou dimensionnelle

6.1. Assurance-maladie

L'utilisation du DSM aux États-Unis est largement répandue. Depuis sa troisième publication, le DSM a servi aux États-Unis de document de référence pour toute la pratique psychiatrique, que ce soit la recherche, l'exercice clinique (voir plus loin), mais aussi le domaine médico-légal (10). L'une des principales conséquences de cette évolution concerne l'assurance-maladie: l'ouvrage sert de référence aux compagnies d'assurance pour rembourser les soins psychiatriques.

Les sociétés d'assurance ont besoin d'une nomenclature aux limites clairement définies, notamment pour faire face à toutes les contestations judiciaires. Le système américain est très contraignant, car le médecin doit poser un diagnostic (10) dès la première visite si le patient veut faire intervenir l'assurance. C'est une source d'erreurs et d'inflation des diagnostics. Une enquête auprès de psychiatres américains a montré que les impératifs des diverses assurances

maladies privées influencent considérablement leurs décisions diagnostiques (10).

En Belgique, les données médicales enregistrées servent de base de calcul pour une partie du financement des hôpitaux. Celles-ci englobent, pour chaque hospitalisation, les données relatives à la pathologie et aux traitements dispensés au patient: le diagnostic principal, les éventuels diagnostics secondaires et les interventions et examens pratiqués. On utilise le système de classification CIM-9 pour grouper tous les diagnostics et traitements dans quelque 350 groupes de diagnostic différents ou APR-DRG (*All Patients Refined Diagnose Related Groups*) et dans 4 niveaux de sévérité.

En 2013, le ministre de la Santé publique a programmé l'élaboration d'une feuille de route en vue du passage à un système de financement hospitalier forfaitaire prospectif, basé sur les pathologies. En d'autres termes, des démarches seront entreprises en vue de passer à un «financement sur base des pathologies», également appelé «financement all-in». Le «financement all-in» est un système de financement qui prévoit un montant fixe par type de pathologie. Dans ce système, on ne tient plus compte des actes posés dans le cadre d'un épisode de maladie, mais on procède à une estimation de l'effort moyen (justifié). Quelques risques d'un financement all-in (exclusif) sont: perte de qualité liée à une diminution des prestations fournies ou à un renvoi prématuré des patients chez eux, dans une tentative de comprimer les coûts. De plus, une sélection des patients présentant le moindre niveau de sévérité au sein de chaque groupe de diagnostic risque d'apparaître (57).

Aux États-Unis, les remboursements et avantages sociaux sont fondés sur les diagnostics DSM, ce qui pourrait entraîner une inflation diagnostique pour que les patients bénéficient des prises en charge par leur assurance. En Belgique, le système de santé évolue vers le système américain: on parle de plus en plus de financer les hôpitaux par diagnostic selon un tarif moyen et non plus suivant le coût réel des prestations fournies.

6.2. La recherche et la formation

L'industrie pharmaceutique doit se conformer aux directives de la *Food and Drug*

Administration (FDA) et, pour cela, effectuer des études en utilisant principalement les catégories du DSM. Comme une large part de la recherche clinique est financée par l'industrie pharmaceutique, les catégories du DSM servent de base à une grande partie des connaissances cliniques (3). Les journaux scientifiques ont tendance à préférer les diagnostics du DSM et ils évitent de publier des articles avec d'autres approches diagnostiques (3); par conséquent, les définitions du DSM exercent une influence restrictive sur les recherches menées en biologie, dans l'étiopathogénie et dans le traitement des troubles mentaux.

Le DSM-III a été en partie conçu pour faciliter la recherche de marqueurs biologiques. Trente-cinq ans plus tard, le bilan est assez négatif. L'Institut national de la santé mentale (NIMH), qui finance aux États-Unis l'essentiel de la recherche publique en neurosciences, a annoncé qu'il ne soutiendrait plus le DSM-5 (8). Quelques semaines avant la publication du DSM-5, le directeur du NIMH a déclaré que le manuel souffrait «d'un manque de validité scientifique» (58, 59). L'objectif prioritaire de son institution est de réorganiser la recherche en psychiatrie pour qu'elle se concentre sur la biologie, la génétique et les neurosciences, de sorte que les scientifiques définissent les troubles mentaux par leurs causes et non plus par leurs catégories diagnostiques. «*Tant que la communauté de chercheurs prendra le DSM pour une bible, nous ne ferons aucun progrès*, disait le directeur, en ajoutant que *les gens pensent que tout doit correspondre aux critères du DSM, mais vous savez quoi? La biologie n'a jamais lu ce manuel...*» (59). Selon le Dr Hyman, ancien directeur du NIMH, «*les inventeurs du DSM ont choisi un modèle dans lequel tous les troubles mentaux étaient agencés comme des catégories différentes du normal, ce qui est totalement faux*». Selon lui, le DSM ne reflète pas la complexité de la plupart des troubles et la façon de catégoriser les maladies mentales ne devrait pas guider la recherche. Pour lui et d'autres experts, la recherche doit être orientée à la manière de celle du cancer, qui a bifurqué d'une classification des tumeurs en fonction de leur localisation dans le corps à une caractérisation de leurs signatures proprement génétiques et moléculaires.

6.2.1. Le RDoC

Pour ces raisons, le NIMH a lancé en 2010 déjà le projet *Research Domain Criteria* (RDoC) (60-62). Le NIMH indique que ses motivations n'étaient pas de dénigrer le DSM en tant qu'outil clinique, mais

d'encourager les chercheurs dans cette voie (59, 63). Selon le site du NIMH, «*jusqu'à ce jour, il y a eu un consensus général selon lequel les données scientifiques ne seraient pas assez développées pour permettre une classification fondée sur les neurosciences. Cependant, à un moment donné, il faut décider de mettre en œuvre de telles approches si on veut que la psychiatrie soit un jour capable d'atteindre le point où les avancées en génomique, en pathophysiologie et en sciences du comportement pourront contribuer de façon significative au diagnostic. Le programme RDoC représente le début d'un tel projet à long terme*» (61).

Les RDoC suivront 3 principes directeurs, qui divergent tous des approches diagnostiques actuelles:

1. les RDoC sont conçus comme un système dimensionnel (reflétant, par exemple, des mesures au niveau des circuits neuronaux, de l'activité comportementale, etc.) qui s'étend du normal à l'anormal;
2. les RDoC sont «agnostiques» au sujet des catégories actuelles de troubles mentaux, un peu comme le DSM-III se voulait «athéorique» par rapport aux conceptions psychodynamiques régnant avant sa publication. Plutôt que de commencer avec une définition de maladie et de rechercher ensuite ses substrats neurobiologiques, les RDoC commencent par chercher à comprendre les relations entre le cerveau, la neurobiologie et le comportement, et ensuite les relie aux phénomènes cliniques;
3. les RDoC utiliseront plusieurs unités d'analyse différentes pour définir les entités à étudier (par ex. imagerie, activité physiologique, comportement, description subjective de symptômes, etc.).

Concrètement, le cadre de recherche proposé s'organise autour d'une matrice qui croise 5 domaines ou «constructs» relevant des systèmes de valences positives (par ex. plaisir, récompense) et négatives (par ex. peur, réponse aversive), des systèmes cognitifs, des systèmes relatifs aux processus sociaux, des systèmes d'éveil et de régulation, avec 7 unités d'analyse (gènes, molécules, cellules, circuits neuronaux, physiologie, comportement, vécu subjectif), auxquelles s'ajoute une 8^e colonne qui tente de tenir compte du fait que tous ces domaines sont étudiés dans le cadre de paradigmes scientifiques spécifiques qu'il faut intégrer au dispositif (**Tableau 1**).

Tableau 1: Matrice du projet *Research Domain Criteria* (2015) (61).**

Unités d'analyse								
DOMAINES/CONSTRUCTS	GÈNES	MOLÉCULES	CELLULES	CIRCUITS	PHYSIOLOGIE	COMPORTEMENT	VÉCU SUBJECTIF	PARADIGMES
SYSTÈMES DE VALENCES NÉGATIVES Menace aiguë («peur») Menace potentielle («anxiété») Menace prolongée Perte Frustration consécutive à la non-récompense								
SYSTÈMES DE VALENCES POSITIVES Motivation d'approche Valorisation de la récompense Valorisation de l'effort Attente et erreur de prédiction de la récompense Choix d'action et de décision basé sur la préférence Réponse initiale à la récompense Réponse soutenue à la récompense Apprentissage de la récompense Habitude								
SYSTÈMES COGNITIFS Attention Perception Perception visuelle Perception auditive Perception olfactive, somato-sensorielle ou multimodale Mémoire déclarative Comportement langagier Contrôle cognitif (avec effort) Sélection du but; mise à jour, représentation et maintenance Sélection de la réponse; suppression, inhibition Monitoring de la performance Mémoire de travail Maintenance active Mise à jour flexible Capacité limitée Contrôle d'interférence								
SYSTÈMES RELATIFS AUX PROCESSUS SOCIAUX Communication sociale Affiliation/attachement Réception de la communication faciale Production Réception de la communication non faciale Production Perception et compréhension de soi Conscience d'être acteur (agency) Connaissance de soi Perception et compréhension des autres Perception de l'animéité Perception de l'action Compréhension des états mentaux								
SYSTÈMES D'ÉVEIL ET DE RÉGULATION Excitation Rythmes biologiques (circadiens) Veille-sommeil								

**traduction non validée effectuée par l'auteur

L'ambition du projet RDoC est de développer de nouvelles façons de classer les troubles mentaux, basées sur des dimensions qui reflètent les données des sciences de base du comportement et du vécu humain. Plutôt que de partir de la définition phénoménologique d'une maladie pour rechercher ses causes neurobiologiques, les RDoC se fondent sur les connaissances actuelles concernant les données neuroscientifiques pour les relier à des phénomènes cliniques.

6.2.2. *PsyMate et la temporalité du diagnostic*

Dans une approche catégorielle, les symptômes de la schizophrénie sont souvent interprétés comme «des traits». Cependant, la schizophrénie n'est pas un trouble figé. Les patients connaissent des phases d'exacerbation et de stabilisation. Dès lors, les résultats de recherche obtenus peuvent varier en fonction de la période à laquelle les patients sont évalués. Par exemple, dans le cas des hallucinations acoustico-verbales, les études de «trait» fournissent des informations sur les bases neurales de la susceptibilité à halluciner, en comparant les réponses cérébrales des patients avec et sans hallucinations. Au moment des tests, ces sujets ne présentaient pas forcément le symptôme, et donc il s'agit d'un facteur ou d'un marqueur de risque à présenter ce symptôme. À l'inverse, les études «état» s'intéressent à l'activité/non-activité cérébrale concomitante de l'expérience hallucinatoire chez le même patient (64, 65). Une méta-analyse (64) a permis de mettre en évidence que la susceptibilité à halluciner («trait») semble être associée à une augmentation de l'activité des zones de perception verbale, alors que les études «état» identifient les zones de production verbale. Un autre exemple est la dépression chez un patient atteint de schizophrénie. Quand la dépression s'observe fréquemment durant sa vie d'adulte, on parle de marqueur «trait». Si, en revanche, la dépression ne se présente que pendant la période d'observation, on parle de marqueur «état» dans la schizophrénie. Chiappelli et al. ont trouvé que la relation entre dépression «trait» et cognition dans la schizophrénie est différente de la relation entre ces deux variables dans la dépression majeure: une dépression «trait» plus grave dans la schizophrénie n'était pas associée à des déficits cognitifs plus sévères, alors que c'est le cas dans la dépression majeure (66, 67).

Afin de mieux comprendre les fluctuations des données cliniques dans la durée, les scientifiques de l'EU-GEI (*European network of national schizophrenia networks studying Gene-Environment Interactions*) ont développé le dispositif PsyMate. PsyMate est une application pour identifier les sentiments et le comportement du patient dans la vie quotidienne. Après avoir téléchargé l'application (iPhone et Android), le téléphone donne un signal à différents moments de la journée, demandant au patient de répondre à un certain nombre de questions. Cette application permet donc de mesurer une variable plusieurs fois quotidiennement durant une période d'observation, créant ainsi un «film» plutôt que des «clichés instantanés» de la vie des patients et pourrait fournir la possibilité d'assister les cliniciens dans l'établissement du diagnostic et de mieux évaluer les interventions de soins en santé mentale (68, 69).

En effet, la mesure sur plusieurs points dans le temps et sur une période plus longue donne une vue plus fiable et plus claire d'une personne.

Une nouvelle conceptualisation des troubles mentaux basée sur des modèles dimensionnels est en voie d'élaboration au NIMH avec le projet *Research Domain Criteria* (RDoC), et au EU-GEI avec le dispositif PsyMate. Elle se détourne radicalement des bases néo-krapelinienues qui règnent depuis le DSM-III (4). Son ambition est de «développer de nouvelles façons de classer les troubles mentaux basées sur les dimensions de comportements observables dans la durée et sur leurs corrélations neurobiologiques» (61).

6.2.3. *EASE*

Pour clarifier et préciser le vécu subjectif des patients (la 7^e unité d'analyse selon le RDoC), on peut également utiliser l'échelle EASE (*Examination of Anomalous Self-Experience* ou Évaluation des Anomalies de l'Expérience de Soi) (voir **Annexe I**). Cette évaluation d'orientation phénoménologique est basée sur une interview semi-structurée détaillée. Elle a été élaborée à partir de descriptions de soi par des patients présentant un premier épisode de schizophrénie et est donc surtout destinée aux phénomènes cliniques associés au spectre schizophrénique et des psychoses. La durée de passation moyenne

de l'échelle EASE est d'environ 90 minutes (70-72). Elle contient 40 items divisés en 5 domaines. Les domaines explorés sont:

- **cognition et cours de la conscience** (par ex. interférence de la pensée, blocage de la pensée, ruminations-obsessions, perturbations attentionnelles, trouble de la mémoire à court terme);
- **troubles de la conscience de soi et de la présence** [par ex. sentiment amoindri du soi de base, distorsion de la perspective en première personne, déréalisation, dépersonnalisation dissociative (expériences extracorporelles, confusion d'identité)];
- **expériences corporelles** (par ex. changements morphologiques, dépersonnalisation somatique, perturbations motrices);
- **transitivisme/troubles de la démarcation de soi** (par ex. confusion avec autrui, confusion avec sa propre image spéculaire, contact corporel menaçant);
- **réorientation existentielle** (par ex. sentiment de centralité, sentiment «comme si» le champ d'expérience du sujet était la seule réalité qui existe encore, idées magiques).

6.2.4. *La formation des psychiatres*

Dans de nombreuses universités, la validité du DSM n'est pas discutée. En conséquence, les étudiants sont conduits à penser que les pathologies décrites dans le DSM représentent bien des maladies distinctes. La réussite aux examens dépendant souvent de la restitution des catégories du DSM, sa connaissance littérale en vient à représenter l'essentiel des connaissances en psychiatrie (73). Les étudiants d'aujourd'hui étant l'avenir de la psychiatrie, il est vraiment regrettable de leur imposer un pareil «handicap conceptuel» (73). Selon Gonon, cet apprentissage discutable se fait au détriment de connaissances plus utiles comme la phénoménologie des symptômes dimensionnels ou la psychopharmacologie dans ses deux versants, thérapeutique et iatrogène (58). En tant que directeur médical de l'APA entre 1974 et 1997, Sabshin a largement contribué aux DSM-III et DSM-IV. En 1997, il signe une vigoureuse mise en garde: «*L'un des grands dangers de la présente période est l'atrophie des compétences psychothérapeutiques parmi les psychiatres. Le danger est de faire du DSM une approche mécaniste où le clinicien perd son sens clinique et son humanisme. Je déteste avoir à examiner des candidats à des postes de responsabilités qui récitent*

leur DSM. Nous devons continuer à enseigner la clinique pour faire en sorte que les différences entre patients soient reconnues et que nous restions attachés à l'humanisme dans tout notre travail» (74).

7. Changements dans le DSM-5, par rapport au DSM-IV-TR, pour la schizophrénie

7.1. Changements catégoriels

7.1.1. La schizophrénie

Dans le domaine des troubles psychotiques au sens large, les changements catégoriels dans le DSM-5 sont relativement mineurs, par rapport au DSM-IV-TR. L'annexe II laisse entrevoir les critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-5. Le tableau 2 montre les changements dans le DSM-5, par rapport au DSM-IV-TR, pour la schizophrénie (3, 42, 75-78).

Critère A (symptômes caractéristiques)

+ le premier changement est la disparition de l'influence de l'école de Heidelberg (Kurt Schneider): les hallucinations consistant en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou plusieurs voix conversant entre elles (après des idées délirantes bizarres) ne sont plus suffisantes à elles seules pour remplir le critère A. Selon Schneider, ces deux symptômes de premier rang étaient pathognomoniques

de la schizophrénie.

- + le deuxième changement est **qu'au moins l'un des 2 symptômes observé est:**
- un délire,
 - une hallucination ou
 - une désorganisation du discours.

Une désorganisation du comportement et la présence de symptômes négatifs seuls ne sont donc plus suffisantes pour faire le diagnostic. Il est à noter que la nécessité d'avoir des symptômes psychotiques positifs (délire et hallucination) facilite le diagnostic différentiel avec un trouble schizotypique.

+ un changement a été effectué quant à la définition des symptômes négatifs: «émoussement affectif» a été remplacé par «réduction de l'expression émotionnelle» (*restricted affect*). Le terme «alogie» a été supprimé.

Critère D (trouble de l'humeur ou schizo-affectif)

+ la disparition des épisodes mixtes comme définition d'un épisode affectif qui, d'après les experts, sont extrêmement rares.

Sous-types de schizophrénie

Le changement le plus notable dans le DSM-5 est la disparition de tous les sous-types (paranoïde, désorganisé, catatonique, indifférencié, résiduel) en raison de leur manque de

stabilité et d'une faible fiabilité et validité (75, 78). Il est à noter que le trouble catatonique figure toujours dans le chapitre du spectre de la schizophrénie (293.89) mais qu'il est dorénavant transdiagnostique, pouvant apparaître dans le cadre de troubles schizophréniques, de l'humeur, du développement ou d'affections médicales, voire non spécifié.

Indice de sévérité

Pour l'ensemble des troubles du spectre de la schizophrénie, le DSM propose un codage de la sévérité des symptômes sur une échelle à 5 points (0-4), la *Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity* ou CRDPSS (voir le chapitre 7.2.1.)

7.1.2. Le trouble schizo-affectif

Dans le DSM-5, le trouble schizo-affectif (voir **Annexe III**) est celui pour lequel le changement est relativement le plus notable dans le spectre de la schizophrénie. Pour que le diagnostic puisse être posé, le patient doit présenter une fois dans sa vie pendant au moins 2 semaines des symptômes psychotiques, hors trouble de l'humeur, et ce dernier doit être présent durant la majorité du trouble actif et résiduel. L'évaluation de la présence d'un trouble majeur de l'humeur doit se faire sur la durée totale du trouble (c.-à-d., des périodes actives et résiduelles) et pas uniquement sur l'épisode en cours.

Tableau 2: Changements dans le DSM-5, par rapport au DSM-IV-TR, pour la schizophrénie.

DSM-IV-TR	DSM-5
A. Symptômes caractéristiques	- Disparition des critères de premier rang de Schneider - Au moins l'un des 2 symptômes observés devrait être des idées délirantes, des hallucinations ou une désorganisation du discours
B. Fonctionnement	Pas de changements
C. Durée	Pas de changements
D. Trouble de l'humeur ou schizo-affectif	Pas de changements, mais le trouble schizo-affectif est redéfini sur la vie entière (79)
E. Abus de substance/trouble somatique	Pas de changements
F. Trouble envahissant du développement	Pas de changements
Spécification de sous-type	Disparition de tous les sous-types

Tableau 3: Sévérité des symptômes des dimensions psychotiques, évaluée par le clinicien
(Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity) (selon 87).

Enregistrer le niveau de sévérité le plus important de ces 7 derniers jours

1. HALLUCINATIONS

- 0. Absentes
- 1. Douteuses (sévérité ou durée insuffisantes pour être considérées comme psychotiques)
- 2. Présentes, mais légères (peu d'incitation à suivre les injonctions, peu gêné par les voix)
- 3. Présentes, mais modérées (incité à répondre aux voix, gêné par elles)
- 4. Présentes et sévères (très incité à répondre aux voix, très gêné par elles)

2. DÉLIRES

- 0. Absents
- 1. Douteux (sévérité ou durée insuffisantes pour être considérés comme psychotiques)
- 2. Présents, mais légers (peu d'incitation à agir selon ses idées délirantes, peu gêné par elles)
- 3. Présents, mais modérés (incité à agir selon ses idées délirantes, gêné par elles)
- 4. Présents et sévères (très incité à agir selon ses idées délirantes, très gêné par elles)

3. DÉSORGANISATION DU DISCOURS

- 0. Absente
- 1. Douteuse (sévérité ou durée insuffisantes pour être considérée comme pathologique)
- 2. Présente, mais légère (quelques difficultés à suivre le discours)
- 3. Présente, mais modérée (propos difficiles à suivre)
- 4. Présente et sévère (propos quasi impossibles à comprendre)

4. PERTURBATION DU COMPORTEMENT PSYCHOMOTEUR

- 0. Absente
- 1. Douteuse (sévérité ou durée insuffisantes pour être considérée comme pathologique)
- 2. Présente, mais légère (perturbations occasionnelles ou bizarreries du comportement psychomoteur ou catatonie)
- 3. Présente, mais modérée (perturbations fréquentes ou bizarreries du comportement psychomoteur ou catatonie)
- 4. Présente et sévère (perturbations quasi constantes ou bizarreries du comportement psychomoteur ou catatonie)

5. SYMPTÔMES NÉGATIFS (RÉDUCTION DES EXPRESSIONS ÉMOTIONNELLES OU ABOULIE)

- 0. Absents
- 1. Réduction douteuse de l'expressivité du visage, de la prosodie, de la gestuelle ou des comportements auto-initiés
- 2. Présents, mais réduction légère de l'expressivité du visage, de la prosodie, de la gestuelle ou des comportements auto-initiés
- 3. Présents, et réduction modérée de l'expressivité du visage, de la prosodie, de la gestuelle ou des comportements auto-initiés
- 4. Présents, et réduction sévère de l'expressivité du visage, de la prosodie, de la gestuelle ou des comportements auto-initiés

6. TROUBLES COGNITIFS

- 0. Absents
- 1. Douteux (fonctions cognitives non en dehors des limites attendues pour l'âge et le NSE, c.à.d. < 0,5 ET de la moyenne)
- 2. Présents, mais légers (quelques altérations cognitives; en dessous des limites attendues pour l'âge et le NSE, c.à.d. 0,5-1 ET de la moyenne)
- 3. Présents, mais modérés (altérations cognitives évidentes; en dessous des limites attendues pour l'âge et le NSE, c.à.d. 1-2 ET de la moyenne)
- 4. Présents et sévères (altérations cognitives sévères; en dessous des limites attendues pour l'âge et le NSE, c.à.d. > 2 ET de la moyenne)

ET = écart-type, NSE = niveau socio-économique

7. DÉPRESSION

- 0. Absente
- 1. Douteuse (se sent parfois triste, abattu, déprimé ou désespéré; concerné par un échec sans être préoccupé)
- 2. Présente, mais légère (fréquentes périodes de tristesse, d'abattement, modérément déprimé ou désespéré; concerné par un échec et en est quelque peu préoccupé)
- 3. Présente, mais modérée (fréquentes périodes de profonde dépression ou de désespoir; préoccupations avec sentiment de culpabilité d'avoir mal fait quelque chose)
- 4. Présente et sévère (profonde dépression ou désespoir quotidien; culpabilité délirante ou se fait des reproches déraisonnables, hors de proportion par rapport aux circonstances)

8. MANIE

- 0. Absente
- 1. Douteuse (élévation occasionnelle de l'humeur, thymie expansive, irritabilité ou agitation)
- 2. Présente, mais légère (fréquentes périodes d'élévation de l'humeur, de thymie expansive, d'irritabilité ou d'agitation modérées)
- 3. Présente, mais modérée (fréquentes périodes d'élévation de l'humeur, de thymie expansive, d'irritabilité ou d'agitation)
- 4. Présente et sévère (élévation de l'humeur, thymie expansive, irritabilité ou agitation quotidiennes et intenses)

Ce changement est motivé par le fait que ce diagnostic avait la plus mauvaise stabilité en test-retest.

Bien que le trouble schizo-affectif reste une entité nosographique et que les cliniciens ont traditionnellement considéré la schizophrénie et le trouble bipolaire comme des troubles séparés, les données scientifiques récentes tendent à rassembler la schizophrénie, le trouble bipolaire et le trouble schizo-affectif au sein d'un modèle dimensionnel (3, 80). Les études épidémiologiques nous montrent que les entités de la schizophrénie, du trouble bipolaire et du trouble schizo-affectif, telles que définies dans le DSM, ont certains facteurs de risque en commun. Laursen et al. (81) ont montré un excès de troubles bipolaires et de schizophrénie chez des proches de patients atteints de troubles schizo-affectifs. Les données génétiques semblent pointer vers un autre découpage diagnostique. La schizophrénie et le trouble bipolaire partagent des facteurs génétiques communs, mais pour chacun de ces troubles, une proportion importante des facteurs génétiques n'est pas partagée. Les tests neurocognitifs ne sont pas qualitativement différents entre les deux diagnostics. La neuro-imagerie montre des différences non spécifiques entre les deux diagnostics au niveau de l'hippocampe et du cortex préfrontal supérieur. Finalement, les antidépresseurs et les antipsychotiques démontrent une relative efficacité dans les deux diagnostics (4). Par contre, les thymorégulateurs, comme le lithium, semblent avoir une activité spécifique dans les troubles bipolaires (pour des épisodes récidivants de manie et de dépression) (28, 82, 83).

Chaque fois que la neurobiologie, la génétique ou la pharmacologie jettent un doute sur la pertinence du découpage des entités catégorielles en mettant en évidence des phénomènes particuliers qui n'ont rien de spécifique aux catégories employées, on parle d'un effet ou d'un phénomène transnosographique (voir précédemment). La pensée catégorielle pourrait être ici perçue comme un véritable obstacle épistémologique. Or certains cliniciens cherchent à promouvoir une approche dite dimensionnelle, qui explicite directement, en s'affranchissant des catégories, le rôle de certains facteurs biochimiques ou pathophysiologiques dans la production de certains types de manifestations symptomatiques (comme l'hallucination) (1).

7.2. Évaluation dimensionnelle des symptômes et des signes psychotiques dans le DSM-5

On a fait le constat que les catégories diagnostiques du DSM-IV-TR étaient étroites, spécifiques et exclusives, et que leur définition ne rendait pas bien compte de la réalité qu'elles tentaient de circonscrire. Chaque clinicien sait que pour tout diagnostic, y compris les psychoses, les patients pris individuellement peuvent se montrer très différents du tableau présumé typique de cette maladie. Pour tenter de remédier à cela, le DSM-5 introduit l'aspect dimensionnel (84-86) et propose les échelles suivantes pour parer à cette variabilité interindividuelle: la *Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity*, pour la schizophrénie, et la *DSM-5 Level 1 Cross-Cutting Symptom Measure* pour chaque diagnostic psychiatrique (DSM-5 version française, page 873).

7.2.1. *Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity*

Les 8 dimensions de la *Clinician-Rated Dimensions of Psychosis Symptom Severity* (voir **Tableau 3** et **Annexe IV**), cotées chacune de 0 (absent) à 4 (sévère), contiennent les 5 symptômes du critère A de schizophrénie (symptômes centraux), ainsi que la manie, la dépression et l'altération des fonctions cognitives (l'altération cognitive n'a pas été retenue dans les symptômes centraux de la schizophrénie) (84, 86). L'échelle évalue l'état du patient durant la semaine écoulée et peut donc être utilisée pour mesurer l'évolution de la sévérité du trouble et la réponse du patient au traitement. Ces dimensions s'appliquent seulement à la schizophrénie, et non à l'ensemble des psychoses (les dimensions étaient initialement prévues pour s'appliquer aussi aux troubles bipolaires).

Dans le DSM-5, l'évaluation dimensionnelle des symptômes et des signes psychotiques par des échelles spécifiques de sévérité est seulement élaborée pour la schizophrénie et non pour l'ensemble des psychoses.

7.2.2. *DSM-5 auto-évaluation symptomatique transversale niveau 1*

L'échelle, pour les adultes, évalue la présence et la sévérité de 13 domaines ou symptômes psychiatriques (voir **Tableau 4** et **Annexe IV**), au cours des deux der-

Tableau 4: Domaines de la DSM-5 auto-évaluation symptomatique transversale niveau 1 pour les adultes (45, 88).

Domaines (nombre d'items)
I. Dépression (2)
II. Colère (1)
III. Manie (2)
IV. Anxiété (3)
V. Détresse somatique (2)
VI. Suicide (1)
VII. Psychose (2)
VIII. Troubles du sommeil (1)
IX. Troubles mnésiques (1)
X. Pensées et comportements répétitifs (2)
XI. Dissociation (1)
XII. Personnalité (2)
XIII. Abus d'alcool et de drogues (3)

Nombre d'items au total = 23

nières semaines. Les items de l'échelle dépassent les frontières de diagnostic: ils ne se rapportent pas à un trouble spécifique et en tant que tels ne sont pas destinés à être diagnostiques. Au lieu de cela, cette mesure a été développée pour être utilisée comme outil auxiliaire en donnant aux cliniciens des évaluations quantitatives qui caractérisent les patients d'une manière qui est simple, utile et cliniquement significative (19, 45), avec l'aide ou non d'un proche.

Ceci est un point particulièrement important, sachant que la co-occurrence et la sévérité de ces symptômes affectent de manière significative le pronostic et le traitement de nombreux troubles mentaux (45).

Le questionnaire se compose de 23 questions. Les items sont cotés sur une échelle de 5 points [0 = pas / jamais (*none/not at all*); 1 = légère/rare (*slight/rare, less than a day or two*); 2 = faible/plusieurs jours (*mild/several days*); 3 = modéré/plus de la moitié des jours (*moderate/more than half the days*); et 4 = sévère / presque tous les jours (*severe/nearly every day*)], avec des scores plus élevés indiquant une plus grande fréquence et/ou un plus grand degré de sévérité. Les items cotés comme 2 ou plus demandent une évaluation plus élaborée de ce domaine en utilisant des *DSM-5 Level 2 Cross-Cutting Symptom Measures* (19, 45).

8. Conclusions

La psychiatrie étant une spécialité fortement ancrée dans le modèle médical, les diagnostics catégoriels nous sont dès lors familiers. Ce sont des entités aisément communicables, qui permettent de prendre rapidement des décisions thérapeutiques qui s'appuient sur de nombreuses études scientifiques. Elles sont également les outils de référence pour le financement des soins par les organismes assureurs (publics et privés). Cependant, les catégories diagnostiques, comme celle du DSM-5 ou de la CIM-9, basées sur un consensus d'experts, n'ont pas amené à des traitements curatifs basés sur des données concrètes des neurosciences ou de la génétique. En même temps, ces diagnostics catégoriels sont réducteurs: ils sont des constructions qualitatives statistiques applicables à des groupes de patients plus ou moins homogènes et ils manquent donc de nuance dans la description de la psychopathologie d'un seul individu. Bien que les efforts des 35 dernières années aient amené une amélioration sensible de leur fiabilité, la validité des catégories diagnostiques reste en question. Le RDoC du NIMH marque une évolution vers des classifications dimensionnelles. Celles-ci autorisent la genèse de nouvelles hypothèses étiologiques par une appréhension plus fine des phénomènes psychopathologiques, ce qui devrait faciliter l'identification de biomarqueurs (corrélats biologiques), qu'ils soient diagnostiques ou étiologiques. L'approche dimensionnelle s'est déjà montrée intéressante en démontrant la valeur pronostique de certaines associations de symptômes appartenant à des catégories diagnostiques différentes. Elle a également mis en évidence l'importance des symptômes subsyndromiques dans la détection précoce de populations à risque de développer des pathologies psychiatriques sévères. Les classifications catégorielles et dimensionnelles ont donc des fonctions différentes et complémentaires et vont dès lors coexister.

Notes

* Sans demande de soins/sans plainte

Références

1. Demazeux S. Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées? *Philosophie* 2008;2:67-88.
2. Peralta V, Cuesta MJ. How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophr Res* 2001;49(3):269-85.
3. Paris J (2013). *The intelligent clinician's guide to the DSM-5*. Oxford University Press.
4. Domken MA, Masson A, De Nayer A, et al. La dichotomie kraepelinienne. *Neurone* 2011;16(3) (Suppl).
5. Stetka BS, Correll CU. A guide to DSM-5. *Medscape* May 21, 2013.
6. Keshavan MS. Nosology of psychoses in DSM-5: inches ahead but miles to go. *Schizophr Res* 2013;150:40-1.
7. Demazeux S (2013). Qu'est-ce que le DSM? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie. D'ithaque Eds.
8. Blashfield RK, Keeley JW, Flanagan EH, Miles SR. The cycle of classification: DSM-I through DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol* 2014;10:25-51.
9. Chapireau F. Le DSM et comment s'en libérer. *Topique* 2013/2 (123):71-84.
10. Whooley O. Diagnostic ambivalence: psychiatric workarounds and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Sociol Health Illn* 2010;32(3):452-69.
11. Scully JL. What is a disease? *EMBO Rep* 2004; 5(7):650-3.
12. Tikkinen KA, Leinonen JS, Guyatt GH, Ebrahim S, Järvinen TL. What is a disease? Perspectives of the public, health professionals and legislators. *BMJ Open* 2012; 2(6).
13. Le Larousse medical. Larousse, 2012.
14. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. In: Grad FP (2002). *The preamble of the Constitution of the World Health Organization*. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80(12):981-4.
15. World Health Organization. 2006. *Constitution of the World Health Organization –Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006*.
16. Thouvenin C. Apport de l'hypnose médicale dans la gestion des patients au cabinet dentaire par le biais d'une formation spécialisée. *Surgery* 2014 <du-mas-00935433>.
17. <http://dictionary.reference.com/browse/symptom>.
18. Widakowich C, Van Wettere L, Jurysta F, Linkowski P, Hubain P. L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique: aspects historiques et épistémologiques. *Annales Médico-Psychologiques* 2013;171:300-5.
19. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. DSM-5TM.
20. van Os J. A salience dysregulation syndrome. *Br J Psychiatry* 2009;194(2):101-3.
21. van Os J. 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatr Scand* 2009;120(5):363-72.
22. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res* 2009;110(1-3):1-23.
23. Marques TR, Levine SZ, Reichenberg A, et al. How antipsychotics impact the different dimensions of Schizophrenia: a test of competing hypotheses. *Eur Neuropsychopharmacol* 2014;24(8):1279-88.
24. Woodward TS, Jung K, Smith GN, et al. Symptom changes in five dimensions of the Positive and Negative Syndrome Scale in refractory psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2014;264(8):673-82.
25. White L, Harvey PD, Opler L, Lindenmayer JP. Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenia. A multisite, multimodel evaluation of the factorial structure of the Positive and Negative Syndrome Scale. The PANSS Study Group. *Psychopathology* 1997;30(5):263-74.
26. Lançon C, Aghababian V, Llorca PM, Auquier P. Factorial structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): a forced five-dimensional factor analysis. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98(5):369-76.
27. Serretti A, Olgjati P. Dimensions of major psychoses: a confirmatory factor analysis of six competing models. *Psychiatry Res* 2004;127(1-2):101-9.
28. Reininghaus U, Priebe S, Bental RP. Testing the psychopathology of psychosis: evidence for a general psychosis dimension. *Schizophr Bull* 2013;39(4):884-95.
29. Crow TJ. The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull* 1985;11(3):471-86.
30. Andreasen NC, Arndt S, Alliger R, Miller D, Flaum M. Symptoms of schizophrenia. Methods, meanings, and mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(5):341-51.
31. Liddle PF. The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy. *Br J Psychiatry* 1987;151:145-51.
32. Bilder RM, Mukherjee S, Rieder RO, Pandurangi AK. Symptomatic and neuropsychological components of defect states. *Schizophr Bull* 1985;11(3):409-19.
33. Rajji TK, Miranda D, Mulsant BH. Cognition, function, and disability in patients with schizophrenia: a review of longitudinal studies. *Can J Psychiatry* 2014;59(1):13-7.
34. van Rossum I, Dominguez MD, Lieb R, Wittchen HU, van Os J. Affective dysregulation and reality distortion: a 10-year prospective study of their association and clinical relevance. *Schizophr Bull* 2011;37(3):561-71.
35. Perlis RH, Uher R, Ostacher M, et al. Association between bipolar spectrum features and treatment outcomes in outpatients with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(4):351-60.
36. Wigman JT, van Os J, Borsboom D, et al. Exploring the underlying structure of mental disorders: cross-diagnostic differences and similarities from a network perspective using both a top-down and a bottom-up approach. *Psychol Med* 2015 Mar 25:1-13.
37. Wigman JT, van Os J, Abidi L, et al. Subclinical psychotic experiences and bipolar spectrum features in depression: association with outcome of psychotherapy.

- Psychol Med 2014;44(2):325-36.
38. van Os J, Murray RM. Can we identify and treat "schizophrenia light" to prevent true psychotic illness? *BMJ* 2013;346:f304.
 39. Regeer EJ, Krabbendam L, de Graaf R, ten Have M, Nolen WA, van Os J. A prospective study of the transition rates of subthreshold (hypo)mania and depression in the general population. *Psychol Med* 2006;36(5):619-27.
 40. Etkin A, Cuthbert B. Beyond the DSM: development of a transdiagnostic psychiatric neuroscience course. *Acad Psychiatry* 2014;38(2):145-50.
 41. Bottesi G, Ghisi M, Ouimet AJ, Tira MD, Sanavio E. Compulsivity and impulsivity in pathological gambling: does a dimensional-transdiagnostic approach add clinical utility to DSM-5 classification? *J Gambli Stud* 2015;31(3):825-47.
 42. Tan N, Van Os J. Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen in de DSM-5. *Tijdschrift voor psychiatrie* 2014;56(3):167-72.
 43. Fairburn CG, Cooper Z. Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *Br J Psychiatry* 2011;198(1):8-10.
 44. Brown TA, Barlow DH. A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychol Assess* 2009;21(3):256-71.
 45. Clarke DE, Kuhl EA. DSM-5 cross-cutting symptom measures: a step towards the future of psychiatric care? *World Psychiatry* 2014;13(3):314-6.
 46. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophr Res* 2000; 45(1-2):11-20.
 47. Wiles NJ, Zammit S, Bebbington P, Singleton N, Meltzer H, Lewis G. Self-reported psychotic symptoms in the general population: results from the longitudinal study of the British National Psychiatric Morbidity Survey. *Br J Psychiatry* 2006;188:519-26.
 48. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev* 2001;21(8):1125-41.
 49. Linscott RJ, van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2013; 43(6):1133-49.
 50. Van Os J. The transdiagnostic dimension of psychosis: implications for psychiatric nosology and research. *Shanghai Arch Psychiatry* 2015;27(2):82-6.
 51. Sato M. Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry* 2006;5(1):53-5.
 52. Marsili M, Roelandt JL, Caria A, Benradia I, Vasseur Bacle S. Classifier sans stigmatiser: le cas de la Schizophrénie. *L'Information psychiatrique* 2011;87:191-8.
 53. Hardy P, Septier M. Modèles descriptifs et classifications des troubles de la personnalité en psychiatrie (pp 47-57). Dans: Guelfi J-D, Hardy P (2013). *Les personnalités pathologiques*. Médecine Science Publications, Lavoisier, Paris.
 54. Frances A (2013). "Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life ».
 - William Morrow.
 55. Tsuang MT, Van Os J, Tandon R, et al. Attenuated psychosis syndrome in DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150(1):31-5.
 56. Entretien avec Frances A, Grandeur et décadence du DSM. *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences* 2012;2:21-8.
 57. Crommelynck A, Degraeve K, Lefèbvre D. L'organisation et le financement des hôpitaux. Fiche-info, Septembre 2013, Supplément à MC-Informations n° 253.
 58. Gonon F. Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes. *L'Information psychiatrique* 2013;X :1-10.
 59. Belluck P, Carey B. Psychiatry's Guide Is Out of Touch With Science, Experts Say. *New York Times* 2013, May 6.
 60. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, Sanislow C, Wang P. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010; 167(7): 748-51.
 61. NIMH Research Domain Criteria (RDoC). <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>.
 62. Carpenter WT. RDoC and DSM-5: what's the fuss? *Schizophr Bull* 2013;39:945-6.
 63. Insel TR, Lieberman JA. DSM-5 and RDoC: shared interests. May 13, 2013, Press release.
 64. Kühn S, Gallinat J. Quantitative meta-analysis on state and trait aspects of auditory verbal hallucinations in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2012;38(4):779-86.
 65. Ford JM, Dierks T, Fisher DJ, et al. Neurophysiological studies of auditory verbal hallucinations. *Schizophr Bull* 2012;38(4):715-23.
 66. Chiappelli J, Kochunov P, DeRiso K, et al. Testing trait depression as a potential clinical domain in schizophrenia. *Schizophr Res* 2014;159(1):243-8.
 67. Chiappelli J, Nugent KL, Thangavelu K, Searcy K, Hong LE. Assessment of trait and state aspects of depression in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2014;40(1):132-42.
 68. <http://www.psymate.eu/>
 69. Boyce N. Mobile mood monitoring. *The Lancet* 2011;378:475.
 70. Parnas J, Møller P, Kircher T, et al. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology* 2005;38(5):236-58.
 71. Parnas J, Møller P, Kircher T, et al. [EASE: Examination of Anomalous Self-Experience]. *Encephale* 2012; 38 Suppl 3:S121-45.
 72. Nordgaard J, Parnas J. Self-disorders and the schizophrenia spectrum: a study of 100 first hospital admissions. *Schizophr Bull* 2014;40(6):1300-7.
 73. Phillips J, Frances A, Cerullo MA, et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 2: Issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. *Philos Ethics Humanit Med* 2012 Jul 5;7:8.
 74. Sabshin M. Melvin Sabshin reflects on two decades at the helm of the APA. Interview by John A. Talbott and Howard H. Goldman. *Psychiatr Serv* 1997;48:1164-7.
 75. Tandon R, Gaebel W, Barch DM, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150:3-10.
 76. American Psychiatric Association. Highlights of changes from DSM-IV-TR to DSM-5. <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
 77. Tandon R, Carpenter WT Jr. DSM-5 status of psychotic disorders: 1 year prepublication. *Schizophr Bull* 2012;38:369-70.
 78. Rodríguez-Testal JF, Senín-Calderón C, Perona-Garcelán S. From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2014;14(3):221-31.
 79. Malaspina D, Owen MJ, Heckers S, et al. Schizoaffective disorder in the DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150:21-5.
 80. Laursen TM, Labouriau R, Licht RW, Bertelsen A, Munk-Olsen T, Mortensen PB. Family history of psychiatric illness as a risk factor for schizoaffective disorder: a Danish register-based cohort study. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62(8):841-8.
 81. Laursen TM, Agerbo E, Pedersen CB. Bipolar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia overlap: a new comorbidity index. *J Clin Psychiatry* 2009;70(10):1432-8.
 82. Cosgrove VE, Suppes T. Informing DSM-5: biological boundaries between bipolar I disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *BMC Med* 2013;11:127.
 83. Curran G, Ravindran A. Lithium for bipolar disorder: a review of the recent literature. *Expert Rev Neurother* 2014;14(9):1079-98.
 84. Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, et al. Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: relevance to DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150:15-20.
 85. Maj M. The DSM-5 approach to psychotic disorders: is it possible to overcome the 'inherent conservative bias'? *Schizophr Res* 2013;150:38-9.
 86. Heckers S, Barch DM, Bustillo J, et al. Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150(1):11-4.
 87. http://www.cercle-d-excellence-psy.org/fileadmin/cep_files/Echelles/CRDPSS.pdf
 88. Narrow WE, Clarke DE, Kuramoto SJ, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part III: development and reliability testing of a cross-cutting symptom assessment for DSM-5. *Am J Psychiatry* 2013;170(1):71-82.

The work of the Belgian Discussion Board on AntiPsychotic Treatment is performed in scientific collaboration with the Janssen Academy.

1. COGNITION ET COURS DE LA CONSCIENCE

- 1.1. Interférence de la pensée
- 1.2. Perte de l'ipséité de la pensée
- 1.3. Pression de la pensée
- 1.4. Blocage de la pensée
 - 1.4.1. Sous-type 1: barrage
 - 1.4.2. Sous-type 2: *fading*
 - 1.4.3. Sous-type 3: *fading* et interférence de la pensée
- 1.5. Écho silencieux de la pensée
- 1.6. Ruminations – Obsessions
 - 1.6.1. Sous-type 1: ruminations primaires
 - 1.6.2. Sous-type 2: ruminations secondaires
 - 1.6.3. Sous-type 3: obsessions authentiques
 - 1.6.4. Sous-type 4: pseudo-obsessions
 - 1.6.5. Sous-type 5: rituels/compulsions
- 1.7. Perceptualisation du discours intérieur ou de la pensée
 - 1.7.1. Sous-type 1: perceptualisation interne
 - 1.7.2. Sous-type 2: équivalent d'une perceptualisation
 - 1.7.3. Sous-type 3: perceptualisation interne avec symptôme de premier rang
 - 1.7.4. Sous-type 4: perceptualisation externe
- 1.8. Spécialisation de l'expérience
- 1.9. Ambivalence
- 1.10. Incapacité à distinguer différentes modalités d'intentionnalité
- 1.11. Perturbation de l'initiative ou de l'intentionnalité de la pensée
- 1.12. Perturbations attentionnelles
 - 1.12.1. Sous-type 1: captation par un détail
 - 1.12.2. Sous-type 2: incapacité à diviser son attention
- 1.13. Trouble de la mémoire à court terme
- 1.14. Perturbation de l'expérience du temps
 - 1.14.1. Sous-type 1: perturbation de l'expérience subjective du temps
 - 1.14.2. Sous-type 2: perturbation du temps existentiel
- 1.15. Conscience interrompue de sa propre action
- 1.16. Discordance entre expression intentionnée et réellement exprimée
- 1.17. Perturbation de la fonction expressive du langage

2. TROUBLES DE LA CONSCIENCE DE SOI ET DE LA PRÉSENCE

- 2.1. Sentiment amoindri du soi de base
 - 2.1.1. Sous-type 1: précoce
 - 2.1.2. Sous-type 2: depuis l'adolescence
- 2.2. Distorsion de la perspective en première personne
 - 2.2.1. Sous-type 1: mienneté/qualité du sujet
 - 2.2.2. Sous-type 2: distance expérimentelle/phénoménologique
 - 2.2.3. Sous-type 3: spatialisation du soi
- 2.3. Dépersonnalisation psychique
 - 2.3.1. Sous-type 1: dépersonnalisation mélancoliforme
 - 2.3.2. Sous-type 2: dépersonnalisation non spécifiée
- 2.4. Présence diminuée
 - 2.4.1. Sous-type 1: diminution spécifique
 - 2.4.2. Sous-type 2: diminution non spécifique
 - 2.4.3. Sous-type 3: associée à une déréalisation ou à un changement perceptif
- 2.5. Déréalisation
 - 2.5.1. Sous-type 1: déréalisation fluide, globale
 - 2.5.2. Sous-type 2: déréalisation intrusive
- 2.6. Hyperréflexivité, réflexivité accentuée
- 2.7. Dissociation du «Je» (*Ich-Spaltung*)
 - 2.7.1. Sous-type 1: suspectée
 - 2.7.2. Sous-type 2: expérience «comme si»
 - 2.7.3. Sous-type 3: expérience spatialisée
 - 2.7.4. Sous-type 4: élaboration délirante
- 2.8. Dépersonnalisation dissociative

- 2.8.1. Sous-type 1: phénomène imaginatif 'comme si'
- 2.8.2. Sous-type 2: hallucination visuelle dissociative
- 2.9. Confusion d'identité
- 2.10. Sentiment de changement par rapport à l'âge chronologique
- 2.11. Sentiment de changement en rapport avec le genre
 - 2.11.1. Sous-type 1: peur occasionnelle d'être homosexuel
 - 2.11.2. Sous-type 2: sensation d'être du sexe opposé
- 2.12. Perte du sens commun/perplexité/manque d'évidence naturelle
- 2.13. Anxiété
 - 2.13.1. Sous-type 1: attaque de panique avec symptomatologie du système nerveux autonome
 - 2.13.2. Sous-type 2: anxiété psychique, mentale
 - 2.13.3. Sous-type 3: anxiété phobique
 - 2.13.4. Sous-type 4: anxiété sociale
 - 2.13.5. Sous-type 5: angoisse diffuse, envahissante, flottante
 - 2.13.6. Sous-type 6: angoisse paranoïde
- 2.14.angoisse ontologique
- 2.15. Transparence de la conscience diminuée
- 2.16. Initiative diminuée
- 2.17. Hypohédonie
- 2.18. Vitalité diminuée
 - 2.18.1. Sous-type 1: marqueur d'état
 - 2.18.2. Sous-type 2: trait caractéristique

3. EXPÉRIENCES CORPORELLES

- 3.1. Changements morphologiques
 - 3.1.1. Sous-type 1: sensation d'un changement
 - 3.1.2. Sous-type 2: perception d'un changement
- 3.2. Phénomènes du miroir
 - 3.2.1. Sous-type 1: recherche d'un changement
 - 3.2.2. Sous-type 2: perception d'un changement
 - 3.2.3. Sous-type 3: autres phénomènes
- 3.3. Dépersonnalisation somatique (étrangeté corporelle)
- 3.4. Inadéquation psychophysique et clivage psychophysique
- 3.5. Désintégration corporelle
- 3.6. Spatialisation des expériences corporelles
- 3.7. Expériences cénesthésiques
- 3.8. Perturbations motrices
 - 3.8.1. Sous-type 1: pseudo-mouvements corporels
 - 3.8.2. Sous-type 2: interférence motrice
 - 3.8.3. Sous-type 3: blocage moteur
 - 3.8.4. Sous-type 4: sentiment d'une parésie motrice
 - 3.8.5. Sous-type 5: perte des automatismes moteurs
- 3.9. Expérience mimétique

4. TRANSITIVISME/TROUBLES DE LA DÉMARCATIION DE SOI

- 4.1. Confusion avec autrui
- 4.2. Confusion avec sa propre image spéculaire
- 4.3. Contact corporel menaçant
 - 4.3.1. Sous-type 1: contact corporel désagréable ou anxiogène
 - 4.3.2. Sous-type 2: sentiment d'une disparition, d'une annihilation de soi
- 4.4. Sentiment d'influence/humeur de passivité
- 4.5. Autres phénomènes de transitivisme

5. RÉORIENTATION EXISTENTIELLE

- 5.1. Phénomènes primaires de référence à soi
- 5.2. Sentiment de centralité
- 5.3. Champ d'expérience du sujet comme seule réalité qui existe encore
- 5.4. Extraordinaires puissances créatrices, intuition extraordinaire
- 5.5. Sentiments «comme si» le monde ressenti n'était pas réel
- 5.6. Idées magiques liées au mode d'expérience du sujet
- 5.7. Changement existentiel ou intellectuel
- 5.8. Grandeur solipsiste

ANNEXE II: CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA SCHIZOPHRÉNIE SELON LE DSM-5 (295.90) (19, 87)

- A. Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3:
1. idées délirantes
 2. hallucinations
 3. discours désorganisé (par ex. coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
 4. comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
 5. symptômes négatifs (c.-à-d., réduction de l'expression émotionnelle, aboulie)
- B. Pendant une partie significative du temps depuis la survenue du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).
- C. Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c.-à-d. symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le critère A présents sous une forme atténuée (par ex. croyances bizarres, perceptions inhabituelles).
- D. Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés 1) soit parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active, 2) soit parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.
- E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale.
- F. En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

Spécification de l'évolution:

La spécification de l'évolution ne se fait qu'après un recul d'au moins 1 an après les symptômes initiaux et s'ils ne sont pas en contradiction avec le critère évolutif.

Premier épisode, actuellement en phase aiguë: première manifestation du trouble remplissant les critères symptomatiques et de durée pour le diagnostic. Un épisode aigu correspond à la période de temps durant laquelle les critères symptomatiques sont remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission partielle: une rémission partielle est une période de temps durant laquelle une amélioration se maintient après un premier épisode et durant laquelle les critères diagnostiques symptomatiques ne sont que partiellement remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission complète: une rémission complète est une période de temps après un premier épisode durant laquelle aucun symptôme spécifique du trouble n'est présent.

Épisodes multiples, actuellement en phase aiguë: on ne parle d'épisodes multiples qu'après un minimum de 2 épisodes (c.à.d., après un premier épisode, une rémission et un minimum d'une rechute).

Épisodes multiples, actuellement en rémission partielle

Épisodes multiples, actuellement en rémission complète

Continue: les critères symptomatiques du diagnostic sont présents pendant toute l'évolution ou presque de la maladie, avec des périodes de temps durant lesquelles les symptômes peuvent passer en dessous du seuil diagnostique.

Non spécifié

Spécificateur

Avec catatonie

ANNEXE III: CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE SCHIZO-AFFECTIF SELON LE DSM-5 (CODE F25) (19,87)

- A. Période ininterrompue de maladie caractérisée par la présence simultanée, à un moment donné, soit d'un épisode dépressif majeur, soit d'un épisode maniaque, et de symptômes répondant au critère A de la schizophrénie
N.B.: l'épisode dépressif majeur doit comprendre le Critère A1: humeur dépressive (l'anhédonie étant un symptôme négatif de la schizophrénie).
- B. Des idées délirantes ou des hallucinations ont été présentes pendant au moins 2 semaines, en l'absence de symptômes thymiques avérés (dépressifs ou maniaques) sur l'ensemble de la durée de la maladie.
- C. Les symptômes qui répondent aux critères d'un trouble majeur de l'humeur sont présents pendant une partie conséquente de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
- D. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Critères pour le sous-type:

Type bipolaire: si la perturbation comprend un épisode maniaque. Un épisode dépressif peut aussi survenir.

Type dépressif: si la perturbation comprend uniquement des épisodes dépressifs majeurs.

ANNEXE IV: ÉVALUATION DIMENSIONNELLE DE LA SÉVÉRITÉ DES SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES PAR LE CLINICIEN

Évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien

Nom de l'enfant: Âge: Sexe: Masculin Féminin Date:

Instructions: en vous fondant sur toutes les informations dont vous disposez concernant le patient et sur votre jugement clinique, veuillez coter (en cochant) la présence et la sévérité des symptômes suivants s'ils se sont manifestés durant les sept (7) derniers jours.

Domaine	0	1	2	3	4	Note
I. Hallucinations	<input type="checkbox"/> Pas présentes	<input type="checkbox"/> Douteuses (sévérité ou durée insuffisantes pour que l'on puisse envisager une psychose)	<input type="checkbox"/> Présentes mais légères (peu de pression à agir selon les voix, la personne n'est pas très ennuyée par les voix)	<input type="checkbox"/> Présentes et moyennes (une certaine pression à répondre aux voix ou la personne est quelque peu ennuyée par les voix)	<input type="checkbox"/> Présentes et graves (pression sévère à répondre aux voix ou la personne est très ennuyée par les voix)	
II. Idées délirantes	<input type="checkbox"/> Pas présentes	<input type="checkbox"/> Douteuses (sévérité ou durée insuffisantes pour que l'on puisse envisager une psychose)	<input type="checkbox"/> Présentes mais légères (peu de pression à agir selon les croyances délirantes; la personne n'est pas très ennuyée par les croyances)	<input type="checkbox"/> Présentes et moyennes (une certaine pression à agir selon les croyances; la personne est quelque peu ennuyée par les croyances)	<input type="checkbox"/> Présentes et graves (pression sévère à agir selon les croyances ou la personne est très ennuyée par les croyances)	
III. Discours désorganisé	<input type="checkbox"/> Pas présent	<input type="checkbox"/> Douteux (sévérité ou durée insuffisantes pour être considéré comme désorganisation)	<input type="checkbox"/> Présent mais léger (quelques difficultés à suivre le discours de la personne)	<input type="checkbox"/> Présent et moyen (le discours de la personne est souvent difficile à suivre)	<input type="checkbox"/> Présent et grave (le discours de la personne est pratiquement impossible à suivre)	
IV. Comportement psychomoteur anormal	<input type="checkbox"/> Pas présent	<input type="checkbox"/> Douteux (sévérité ou durée non significatives pour être considéré comme un comportement psychomoteur anormal)	<input type="checkbox"/> Présent mais léger (comportement moteur bizarre ou occasionnellement anormal ou catatonie)	<input type="checkbox"/> Présent et moyen (comportement moteur bizarre ou anormal fréquent ou catatonie)	<input type="checkbox"/> Présent et grave (comportement moteur bizarre ou anormal fréquent ou catatonie presque constante)	
V. Symptômes négatifs (restriction de l'expression émotionnelle ou aboulie)	<input type="checkbox"/> Pas présents	<input type="checkbox"/> Douteux: doute sur une diminution de l'expressivité faciale, de la prosodie, de la mimique ou des comportements auto-initiés	<input type="checkbox"/> Présents mais légers: légère diminution de l'expressivité faciale, de la prosodie, ou des comportements auto-initiés minique	<input type="checkbox"/> Présent et moyens: diminution moyenne de l'expressivité faciale, de la prosodie, ou des comportements auto-initiés minique	<input type="checkbox"/> Présent et graves: diminution grave de l'expressivité faciale, de la prosodie, de la mimique ou des comportements auto-initiés	
VI. Déficit cognitif	<input type="checkbox"/> Pas présent	<input type="checkbox"/> Douteux (les fonctions cognitives ne sont pas clairement en dehors de limites attendues pour l'âge ou le NSE, c.-à-d. < 0,5 ET de la moyenne)	<input type="checkbox"/> Présent mais léger (une certaine réduction des fonctions cognitives, au-delà de ce qui est attendu pour l'âge et le NSE; > 0,5-1 ET de la moyenne)	<input type="checkbox"/> Présent et moyen (diminution claire des fonctions cognitives, au-delà de ce qui est attendu pour l'âge et le NSE; > 1-2 ET de la moyenne)	<input type="checkbox"/> Présent et grave (diminution grave des fonctions cognitives, au-delà de ce qui est attendu pour l'âge et le NSE; > 2 ET de la moyenne)	
VII. Dépression	<input type="checkbox"/> Pas présente	<input type="checkbox"/> Douteuse (se sent occasionnellement triste, bas, déprimé ou sans espoir; inquiet d'avoir fait des erreurs avec quelqu'un ou quelque chose mais sans être préoccupé)	<input type="checkbox"/> Présente mais légère (se sent fréquemment très triste, bas, moyennement déprimé ou sans espoir; inquiet d'avoir fait des erreurs avec quelqu'un ou quelque chose avec une certaine préoccupation)	<input type="checkbox"/> Présente et moyenne (fréquentes périodes de dépression profonde ou de désespoir; préoccupé par la culpabilité ou l'idée d'avoir fait du mal)	<input type="checkbox"/> Présente et grave (dépression profonde ou désespoir quotidien; culpabilité délirante ou reproches tournés vers soi largement disproportionnés compte tenu des circonstances)	
VIII. Manie	<input type="checkbox"/> Pas présente	<input type="checkbox"/> Douteuse (humeur occasionnellement haute, expansive ou irritable ou certaine agitation)	<input type="checkbox"/> Présente mais légère (fréquentes périodes d'humeur quelque peu haute, expansive ou irritable ou relative agitation)	<input type="checkbox"/> Présente et moyenne (de façon fréquente et importante, périodes d'humeur haute, expansive, ou irritable ou agitation)	<input type="checkbox"/> Présente et grave (de façon quotidienne et importante, humeur haute, expansive ou irritable ou agitation)	

ET : écart type ; NSE : niveau socio-économique.

Auto-évaluation symptomatique transversale niveau 1 – DSM 5- Adulte

Nom: _____ Âge: _____ Sexe: Masculin Féminin Date: _____

Si l'évaluation est faite avec l'aide d'une personne source, quel est votre lien avec le sujet?

Durant une semaine type, combien de temps passez-vous approximativement avec le sujet? Heures/semaines

Instructions: les questions ci-dessous concernent les choses qui pourraient vous avoir dérangé. Pour chaque question, entourez le chiffre qui décrit le mieux à quel point (ou à quelle fréquence) vous avez été dérangé par chacun de ces problèmes durant les DEUX (2) dernières SEMAINES.

		Durant les DEUX (2) dernières SEMAINES, à quel point (ou quelle fréquence) avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?	Aucun Pas du tout	Minime Rare, moins d'un jour ou deux	Léger Plusieurs jours	Moyen Plus de la moitié des jours	Grave Pratiquement tous les jours	Note la plus élevée dans le domaine (clinicien)
I.	1.	Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses?	0	1	2	3	4	
	2.	Se sentir triste, déprimé(e), sans espoir?	0	1	2	3	4	
II.	3.	Se sentir plus irritable, grognon, en colère que d'habitude?	0	1	2	3	4	
III.	4.	Dormir moins que d'habitude, mais avoir quand même beaucoup d'énergie?	0	1	2	3	4	
	5.	Entreprendre beaucoup plus de projets que d'habitude ou faire des choses plus risquées qu'à l'accoutumée?	0	1	2	3	4	
IV.	6.	Se sentir nerveux(se), anxieux(se), effrayé(e), préoccupé(e) ou sur les nerfs?	0	1	2	3	4	
	7.	Se sentir paniqué(e) ou effrayé(e)	0	1	2	3	4	
	8.	Éviter les situations qui vous rendent anxieux(se)?	0	1	2	3	4	
V.	9.	Souffrances et douleurs inexplicables (par ex. tête, dos, articulations, abdomen, jambes)?	0	1	2	3	4	
	10.	Avoir le sentiment que vos maladies ne sont pas suffisamment prises au sérieux?	0	1	2	3	4	
VI.	11	Penser à réellement vous faire du mal?	0	1	2	3	4	
VII.	12	Entendre des choses que les autres ne peuvent pas entendre, comme des voix, même s'il n'y a personne autour de vous?	0	1	2	3	4	
	13	Avoir le sentiment que quelqu'un peut entendre vos pensées ou que vous pouvez entendre ce qu'une autre personne pense?	0	1	2	3	4	

