**PRÉSENTATION DU DSM-5**

Par Hubert Wallot

**INTRODUCTION**

La première classification en psychiatrie remonte à Hippocrate qui a introduit les termes manie et hystérie. La première classification américaine fut introduite en 1869 par l’*Association Médico-psychologique américaine* qui devint par la suite l’*Association américaine de psychiatrie*, qui publia en 1952 le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (D*SM*) qui fut le *DSM-I*. De son côté l’Organisation mondiale de la santé développa *l’ International Classification of Diseases* (ICD-10).

Le *DSM-II* parut en 1968, le *DSM-III* en 1980, une version révisée *DSM-III-R* en 1987, le *DSM-IV* en 1994, le *DSM-IV –TR* (TR pour «*texte revision*») en 2000 et le *DSM-5* (les chiffres romains ne sont plus utilisés) en 2013. (American Psychiatric Association, 2013).

On retrouve toutes les catégories du *DSM-5* dans l’ICD-10 mais la partie psychiatrique de l’ICD-10 ne contient pas tous les diagnostics du *DSM-5*.

Les caractéristiques du *DSM-5* sont les suivantes :

1. Une approche de description des caractéristiques cliniques. Le *DSM-5* va rarement indiquer comment se développe une condition psychiatrique.
2. Des critères diagnostiques pour chaque trouble psychiatrique.
3. Une description systématique de chaque trouble psychiatrique en termes de spécificité pour l’âge, la culture, les aspects liés au sexe, la prévalence, l’incidence et le risque, le cours, les complications, les facteurs de risque, le caractère familial, et le diagnostic différentiel. Également les données de l’examen physique et les résultats de laboratoire, lorsque c’est pertinent.
4. Un trouble suppose qu’il y a souffrance ou perturbation du fonctionnement dans les sphères importantes de la vie.

La classification du *DSM-5* comporte 22 catégories de troubles psychiatriques, comprenant plus de 150 grandes conditions psychiatriques elles-mêmes subdivisées en plusieurs versions particulières, au total plus de 400 diagnostics distincts. Dans le texte du manuel du *DSM-5*, pour chacun des diagnostics, on trouve une série de critères, lesquels sont précédés ou suivis d’informations pertinentes qui concernent l’épidémiologie, l’étiologie, le diagnostic, le diagnostic différentiel, les caractéristiques cliniques et le traitement. Ce nouveau *DSM-5* ne retient plus les cinq axes et ne retient plus, au niveau des diagnostics psychiatriques des axes I et II des *DSM-III* et *DSM-IV*, de différence de niveaux. On inscrit les diagnostics des anciens axes à la file et on peut mentionner ensuite les facteurs de stress et une évaluation du fonctionnement global. À noter que les trois autres axes auraient pu se maintenir car ils ont une grande utilité, surtout que dans la transmission des informations, on s’attache souvent seulement aux diagnostics et que ces trois axes permettaient de mieux voir la situation d’un individu.

Le texte du *DSM-5* est chargé de répétitions systématiques et délibérées qui peuvent paraître fastidieuses, ce qui alourdit le texte qui choisit une formulation souvent sous forme d’énoncés détaché d’une rédaction littéraire avec phrases complètes. Attention : la traduction française officielle publié chez Elsevier et Masson (2015) a néanmoins à quelques endroits, rétrécit, par rapport au texte anglais original, quelques noms de diagnostics et on nous en avise dans l’introduction. À titre d’exemples, l’*Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder* devient *Déficit de l’attention/hyperactivité* ou encore dans le *Paranoïd Pesonnality Disorder*, qui devient *Personnalité paranoïaque* Ceci n’est pas sans créer par moment un malaise alors que les diagnostics anglais comportent presque tous un nom comprenant le mot *Trouble (Disorder)*. C’est pourquoi, dans le document qui suit, les titres comprennent tous le terme *trouble* mais la version française de Elsevier et Masson est en italique car elle ne comprend pas toujours le mot *trouble* qui devient implicite mais non vraiment conforme à la version anglaise. Par exemple, de notre point de vue, une personne peut avoir une personnalité histrionique sans pourtant atteindre le degré d’un trouble de *Personnalité histrionique*. De même, la traduction de certains diagnostics comportant la mention *Other* peut paraître discutable pour une formulation française : par exemple *Other Mental Disorder*, traduit ainsi : *Autre trouble mental* plutôt que *Trouble mental autre*. Pour ce qui est du nom des diagnostics et l’écriture des spécifications autour d’eux, le présent document suit la traduction officielle avec rétention des majuscules dans une présentation en italique, mais ne suit pas la traduction pour le texte lui-même. On sera surpris par certains diagnostics commençant par *Autre trouble*….mais c’est le *DSM-5* dans sa version anglaise et française. Le mot *occupational* est traduit par le mot *professionnel* mais outre que le mot occupationnel est très français, et peut être élargi à des activités bénévoles, le mot *professionnel*, en tout cas au Québec, n’est pas utilisé pour des gens qui ont des métiers*.* Donc nous traduirons le mot anglais *occupational* par le mot français *occupationnel*. Le mot *distress* est traduit tantôt par souffrance, tantôt par détresse, de même que le mot *impairment* par *altération* ou par *perturbation*. Nous préférons traduire *impairmen*t par *perturbation*, parce que le mot *altération*, comme l’indique son étymologie, veut d’abord dire une modification, une transformation, sans nécessairement avoir une connotation négative. Enfin, le mot *impairment* est la plupart du temps utilisé dans une phrase très fréquente dans le DSM-5 et exprimant un critère diagnostic, phrase à notre avis mal traduite : «The symptoms causes clinically significant distress or impairment in social,occupationnal, or other important areas of functioning» devient « *Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d’autres domaines importants*». L’enjeu ici est l’utilisation par la version originale qui est anglaise, de la conjonction de coordination «**or** ». Une conjonction de coordination, en anglais (comme en français d’ailleurs), lie. “*A coordinating conjunction is a conjunction that links two words,*[*phrases*](https://urlblockederror.aspx/)*,*[*clauses*](https://urlblockederror.aspx/)*, or*[*sentences*](https://urlblockederror.aspx/)*that are grammatically equivalent.*” ([http://grammarist.com/grammar/conjunctions/](https://urlblockederror.aspx/) ou encore [https://writing.wisc.edu/Handbook/ CoordConj.html](https://writing.wisc.edu/Handbook/%20%20CoordConj.html)). Ceci veut dire que le «*cliniquement signific*atif» concerne autant la perturbation du fonctionnement que la détresse. Donc pour bien rendre le sens du document anglais, il faudrait traduire un peu comme ceci : *Les symptômes induisent à un niveau cliniquement significatif une souffrance ou une perturbation du fonctionnement social, occupationnel ou dans d’autres domaines importants».*

On trouve pour plusieurs diagnostics la mention *non spécifié* que les cliniciens raccourcissent souvent par l’acronyme *S.N.* et qui ont trait à des diagnostics où même si on est en présence d’une souffrance cliniquement significative et/ou d’une perturbation du fonctionnement, les symptômes ne rencontrent pas tous les critères d’un diagnostic d’une catégorie donnée et le clinicien ne précise pas en quoi, mais souvent faute d’information suffisante comme par exemple dû à l’état du patient lui-même, ou de la part de proche ou à la salle d’urgence.

Dans le document qui suit, nous présentons en *italique* l’intitulé des diagnostics sans mettre en italique les éléments grammaticaux qui les précèdent : par exemple, LES *TROUBLES ANXIEUX*, ceci pour respecter, dans l’italique, l’austérité de la présentation de la traduction française du *DSM-5*.

L’organisation des chapitres du *DSM-5* tente en général de suivre l’éventail du cycle de la vie. Ainsi, les troubles neuro-développementaux sont les premiers traités.

1. ***LES TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX***

Il s’agit de troubles généralement diagnostiqués d’abord dans l’enfance.

1.1 Le ***Handicap intellectuel***

Le *Handicap intellectuel* (ou *Trouble développemental intellectuel*), autrefois appelé retard mental dans le *DSM-IV*, se caractérise par une intelligence significativement sous la moyenne et une perturbation dans le fonctionnement adaptatif. Le fonctionnement adaptatif réfère au degré d’efficacité avec lequel les individus sont capables de réaliser les demandes courantes appropriées pour leur âge, dans des sphères comme la communication, le soin de soi, et les habiletés interpersonnelles. Le *DSM-5* demande de préciser si c’est léger, modéré ou sévère. Il y a aussi le *Retard global du développement*. On abandonne les cotes de QI retenues par le *DSM-IV*.

1.2Les ***Troubles de communication***

Il existe quatre types de troubles de communication : 1) le *Trouble du langage* qui consiste en une perturbation développementale du vocabulaire résultant dans une incapacité de faire des phrases appropriées pour l’âge du sujet; 2) le *Trouble de la phonation* (d’élocution et d’articulation); 3) le *Trouble de fluidité verbale* *apparaissant dans l’enfance (bégaiement)* ; 4) le *Trouble de la communication sociale* (*pragmatique);* 5) *Trouble de la communication non spécifié*, diagnostic porté par un clinicien ne voulant spécifier en quoi le trouble ne remplit pas tous les critères d’un des quatre diagnostics précédents.

1.3Le ***Trouble du spectre de l’autisme***

Le *Spectre de l’autisme* comprend une gamme de comportements caractérisée par de sévères difficultés dans plusieurs sphères développementales comme la communication, se lier socialement et une gamme de types de comportements répétitifs ou stéréotypés, y compris le langage. Il faut spécifier si le trouble identifié est *Associé à une* *pathologie médicale* ou *génétique* *connue ou à un facteur environnemental*, ou *Associé à un autre trouble développemental, mental ou comportemental*. Il faut spécifier le *niveau de sévérité* en fonction de la *Nécessité d’une* *aide très importante*, ou de la *Nécessité d’une aide importante* ou simplement de la *nécessité d’aide*. Dans le niveau I, l’individu parle mais a une pauvre interaction sociale. Dans le niveau 2, l’individu parle et interagit socialement de façon minimale. Dans le niveau 3, il y a manque total de langage et pas d’interaction sociale. Enfin, il faut préciser si c’est *Avec ou sans* *déficit intellectuel associé*, et si c’est *Avec ou sans* *déficit du langage* associé, et si c’est *Avec catatonie*.

1.4Le trouble ***Déficit de l’attention/hyperactivité***

Il y a trois modalités. (1) Le *Déficit d’attention/hyperactivité* : les caractéristiques centrales de ce trouble sont soit l’inattention persistante, soit l’hyperactivité et l’impulsivité, ou les deux. Il faut alors spécifier la dominante du tableau : *Présentation combinée*, ou la *Présentation inattentive prédominante*, ou la *Présentation hyperactive impulsive prédominante*. Il faut spécifier si la personne est *En rémission partielle*, et aussi spécifier la sévérité actuelle : *Léger*, *Moyen*, *Grave*. (2) *L’Autre déficit de l’attention/hyperactivité spécifié*, où la détresse et la perturbation du fonctionnement sont présents mais les critères ne sont pas tous remplis et la raison est donnée, par exemple gravité insuffisante. (3) Le *Déficit de l’attention/ hyperactivité non spécifié*, où tous les critères ne sont pas remplis et aucune raison n’est donnée.

1.5Le ***Trouble spécifique des apprentissages***

Dans le *Trouble spécifique des apprentissages*, il faut spécifier le niveau de sévérité *(Léger*, *Moyen*, *Grave*) et les habiletés concernés comme (1) Avec d*éficit de lecture* (la *dyslexie*) où il faut spécifier ce dont il s’agit :  *exactitude de la lecture des mots, rythme et fluidité de la lecture, compréhension de la lecture* ou (2) le *Déficit de l’expression écrite (*où il faut spécifier *s’il s’agit de l’exactitude en orthographe, exactitude en ponctuation* et en *grammaire, clarté ou organisation de l’expression écrite)* ou (3) Avec *déficit du calcul* (dyscalculie) où il faut spécifier si cela concerne le *sens des nombres*, la *mémorisation de faits arithmétiques*, l’*exactitude* ou la *fluidité du calcul*, ou la *rectitude du raisonnement mathématique*.

1.6 Les ***Troubles moteurs***

Ces troubles se divisent en trois types. (1) Le *Trouble développemental de la coordination* (i.e. délai à ramper ou marcher, échapper les choses ou une pauvre performance aux sports; (2) Le *Trouble de mouvements stéréotypés* qui consiste en une activité motrice répétitive comme se bercer le corps, se cogner la tête sur le mur, etc. Il faut alors spécifier si c’est *Avec* ou *Sans comportements d’automutilation* et aussi si le trouble est *Associé à une affection médicale* ou *génétique* connue ou *Associé à un* *trouble neuro-développemental* ou *associé à un* *facteur environnemental* (3) le *Trouble du tic* caractérisé par des mouvements ou des sons stéréotypés, soudains, involontaires et récurrents. Il faut alors aussi préciser la sévérité du trouble : *Léger, Moyen, Grave*. Il y a le *Trouble de Gilles de la Tourette*, caractérisé par des tics moteurs ou vocaux y compris la coprolalie. (4) Il y a le trouble de *Tics moteurs ou vocaux persistants (chronique)*, caractérisé par un seul tic moteur ou vocal.(5) Et enfin le trouble de *Tics provisoires* et le trouble *Autres tics spécifiés* où tous les critères du précédent trouble ne sont pas remplis avec une raison fournie (par exemple «avant 18 ans» ) ou de *Tics non spécifiés* où cette fois, aucune raison n’est fournie par insuffisance d’information.

1**.7** Les ***Autres troubles neurodéveloppementaux***

Ces troubles comprennent : (1) l’*Autre trouble neuro-développemental spécifié* où le clinicien précise pourquoi la présentation clinique ne remplit pas tous les critères d’aucun des troubles neurodéveloppementaux, par exemple le *Trouble neurodéveloppemental associé à une exposition prénatale à l’alcool*. (2) le *Trouble neurodéveloppemental non spécifié*, où le tableau clinique ne satisfait pas tous les critères d’aucun des troubles mentionnés dans cette rubrique et où le clinicien ne fournit pas de raison de ne pas faire un diagnostic plus précis, par exemple par insuffisance d’information comme à la salle d’urgence.

2**. *LE SPECTRE DE LA SCHIZOPHRÉNIE***

Cette section comprend huit troubles spécifiques : la *schizophrénie*, le *trouble schizophréniforme*, le *trouble schizo-affectif*, le *trouble délirant*, le *trouble psychotique bref,* le *trouble psychotique induit par une substance ou un médicament*, le *trouble psychotique dû à une condition médicale* *autre*, et enfin la *catatonie.*  Bien que considérée par le DSM-5 comme à l’intérieur du spectre de la schizophrénie comme dans la classification ICM-10, le *trouble de la personnalité schizotypique* est traité par le DSM-5 à l’intérieur du chapitre sur les troubles de la personnalité.

2.1La ***Schizophrénie***

Il s’agit d’un trouble chronique caractérisé notamment par des hallucinations ou des idées délirantes dans un tableau clinique qui aura duré six mois. Bien que les cliniciens reconnaissent trois phases, soit le *prodrome* ayant trait à une altération du fonctionnement précédant la *phase psychotique active*, deuxième phase caractérisée par les hallucinations, les délires et la désorganisation du langage et du comportement ou des symptômes négatifs comme l’absence d’affect. Et enfin la *phase résiduelle* suivant la phase active et ou persistent des manifestations semblables à celles du prodrome. Le *DSM-5* enlève la catégorisation du *DSM-IV* (*paranoïde*, *désorganisée*, *catatonique*, *indifférenciée* et *résiduelle*), qui a néanmoins été maintenue dans l’ICD-10 et a encore sa validité pour bien des cliniciens nord-américains.

2.2Le ***Trouble délirant***

À ce niveau, pas de changement, sinon quele *trouble délirant partagé*, connu sous le nom de *folie à deux*, a changé de nom et devient les *symptômes délirants chez le partenaire avec un trouble délirant* et qui se caractérise par une croyance délirante qui se développe chez une personne étroite avec une autre personne ayant un trouble délirant, et croyance délirante ayant un contenu semblable. Il faut spécifier le type : *Type érotomaniaque*, *Type mégalomaniaque*, *Type de jalousie*, *Type de persécution*, *Type somatique*, *Type mixte*, *Type non spécifié* (lorsque la croyance délirante dominante n’est pas clairement identifiée ou qu’elle n’est pas décrite dans un des types mentionnés. Il faut aussi spécifier si le délire est *Avec contenu bizarre*.

2.3Le***Trouble psychotique bref***

Ce trouble requiert la présence de délires, d’hallucinations, de langage désorganisé, du comportement grossièrement désorganisé, ou comportement catatonique pour au moins d’un jour à un mois. Souvent précipité par un stresseur, ce trouble ne laisse aucune trace après sa disparition et l’individu retrouve un fonctionnement normal. Il faut donc ici spécifier si c’est *Avec facteur(s) de stress marqué(s)*, *Sans facteur(s) de stress marqué(s*), *Avec début lors du post-partum*.

2.4Le ***Trouble schizophréniforme***

Ce trouble a les mêmes caractéristiques que la phase active de la schizophrénie, mais dure entre 1 et six mois et ne présente pas de *prodrome* ou de *phase résiduell*e en termes d’altération du fonctionnement social ou occupationnel. Il faut ici spécifier si le diagnostic se présente *Avec caractéristiques de bon pronostic*, ou *Sans caractéristique de bon pronostic*.

2.5Le ***Trouble schizo-affectif***

Les personnes souffrant de ce trouble ont des épisodes qui correspondent aux critères de la *schizophrénie*, mais ont en même temps un tableau répondant aux critères de la *dépression* ou de la *manie*. Mais, contrairement à ce qui se produit pour les personnes souffrant d’un trouble de l’humeur avec des caractéristiques psychotiques, les personnes souffrant d’un trouble schizo-affectif ont des délires ou des hallucinations qui persistent au moins deux semaines sans manifestation marqué de symptômes de l’humeur. Il faut ici préciser le type : *Type bipolaire* ou *Type dépressif*.

2.6Le ***Trouble psychotique induit par une substance ou un médicament***

Il faut penser aux drogues de rue, mais aussi à certains médicaments, notamment, et sans exclure d’autres types de médicaments, les médicaments qui ont des propriétés dopaminergiques pour des conditions médicales (par exemple les jambes sans repos, etc.). Il faut spécifier si le trouble est *Avec début au cours d’une* intoxication et *Avec début au cours d’un sevrage*.

2.7Le ***Trouble psychotique dû à une autre affection médicale***

On pense à des conditions comme l’épilepsie temporale, l’avitaminose, la méningite, etc. Il faut préciser le type : *Avec idées délirantes*, et/ou *Avec hallucinations*.

2.8Le ***Trouble Catatonie***

La *Catatonie* se caractérise par des anomalies motrices telles que la *catalepsie* (la flexibilité cireuse permettant au sujet de maintenir des positions inconfortables), le mutisme, les gesticulations et le négativisme. Il faut préciser s’il s’agit (1) d’une *Catatonie associée à un autre trouble mental* *(spécification de type catatonique)*, (par exemple la schizophrénie, le trouble bipolaire) ou (2) d’un *Trouble dû à une autre affection médicale* (par exemple, un cancer, un traumatisme crânien, une encéphalopathie hépatique, et.) ou (3) d’une *Catatonie non spécifiée* diagnostic posé lorsque les critères complets de la catatonie ne sont pas réunis ou lorsque la nature du trouble mental sous-jacents n’est pas encore claire.

2.9L’***Autre trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique spécifié***

Dans ce trouble, tous les critères des diagnostics de cette rubrique ne sont pas remplis et une raison est donnée, par exemple des *Hallucinations auditives persistantes*, des *Idées délirantes se chevauchant de façon significative avec des épisodes thymiques* intercurrents, et un *Syndrome de psychose atténuée*.

2.10Le ***Trouble du spectre de la schizophrénie ou autre trouble psychotique non spécifié***

Ce diagnostic est à poser quant malgré des symptômes psychotiques, une détresse ou une perturbation du fonctionnement, il ne remplit pas tous les critères de la présente rubrique, par exemple lorsqu’il manque d’information pour vérifier tous les critères, comme par exemple à la salle d’urgence.

3**. LES** ***TROUBLES BIPOLAIRES ET APPARENTÉS***

Dans le livre *DSM-5*, contrairement aux éditions antérieures du *DSM*, les *Troubles bipolaires* constituent un chapitre séparé d’avec celui des *Troubles dépressifs* qui le suit, et ce chapitre suit le chapitre portant sur les *troubles psychotiques*, ce qui peut suggérer une idée de la place mitoyenne de ces troubles en termes de sévérité par rapport aux deux autres catégories. On trouve ici quatre variantes : le *trouble bipolaire type 1*, le *trouble bipolaire type 2*, le *trouble cyclothymique* et le *trouble bipolaire dû à une substance ou à un médicament*. Le *DSM-5* termine le chapitre en ne fournissant rien moins que six pages (!) de spécifications à faire pour ces troubles.

3.1Le ***Trouble bipolaire type I***

Indispensable du *trouble bipolaire type I* est l’histoire d’un *Épisode maniaque* ou d’un *Épisode maniaque de type mixte* et d’un *Épisode dépressif caractérisé*. Ce trouble est sous-divisé par le *DSM-5* en plusieurs sous-types, en précisant le type courant de l’épisode (*maniaque*, *hypomaniaque*, *dépressif* ou *mixte*). Que ce soit pour un *Épisode maniaque*, un *Épisode hypomaniaque* ou un *Épisode dépressif*, il faut préciser le niveau de sévérité de l’épisode actuel (*Léger*, *Modéré, Sévère*), ensuitesi le tableau se montre *Avec des caractéristiques mixtes*; *Avec cycles mixtes*; *Avec caractéristiques mélancoliques*; *Avec caractéristiques atypiques*; *Avec caractéristiques psychotiques congruentes à l’humeur*; *Avec caractéristiques psychotiques non congruentes à l’humeur*; *Avec catatonie; Avec début lors du péripartum*; *Avec caractère saisonnier*. Enfin, le cas échéant, il faut préciser si la personne est *En rémission partielle* ou *En rémission complète*. Il faut aussi préciser si l’épisode récent est caractérisé par un *cycle rapide* (au moins 4 épisodes en 12 mois). On a aussi le diagnostic Épisode actuel ou le plus récent non spécifié, lorsque le tableau ne rencontre pas tous les critères d’un épisode spécifique, par exemple par manque d’information comme à la salle d’urgence.

3.2Le ***Trouble bipolaire type II***

Ce trouble est caractérisé par une histoire d’épisodes dépressifs et d’*hypomanie* et sans histoire de *manie*. Les critères d’un *Épisode hypomaniaque* sont les mêmes que ceux d’un *Épisode maniaque* sauf qu’il n*e* requiert seulement qu’une durée minimale de 4 jours. La différence majeure entre les deux diagnostics a trait à la durée et à la sévérité associée avec les perturbations du fonctionnement. Il faut spécifier la nature de l’épisode actuel ou le plus récent (hypomaniaque ou *dépressif*), son évolution (*en rémission partielle* ou *en rémission complète*).

3.3Le ***Trouble cyclothymique***

Ce trouble est l’équivalent du *Trouble dysthymique* présenté plus loin. C’est un trouble thymique léger mais chronique avec plusieurs épisodes dépressifs ou hypomaniaques sur une période d’au moins deux dans. Il faut ici préciser si le trouble est *Avec* *détresse anxieuse*.

3.4Le ***Trouble bipolaire ou apparenté dû à une autre affection médicale***

On doit montrer qu’il découle directement d’une condition médicale générale (par exemple une tumeur du lobe frontal). Il faut alors préciser si le trouble se présente *Avec caractéristiques maniaques*, *Avec épisode d’allure maniaque* ou *hypomaniaque*, ou *Avec caractéristiques mixtes.*

3.5Le ***Trouble bipolaire induit par une substance/une médication***

Dans ce cas, la cause du *trouble bipolaire* provient soit d’une intoxication ou d’un sevrage d’une drogue de rue ou d’un médicament (par exemple les amphétamines). Il faut ici préciser si c’est *Avec début au cours d’une intoxication* ou *Avec début au cours d’un sevrage*.

3.6L’***Autre trouble bipolaire ou apparenté spécifié***

Les tableaux cliniques sont deux d’un trouble bipolaire ou apparenté, cause une détresse clinique ou une perturbation du fonctionnement mais sans répondre aux critères de la classe des troubles bipolaires ou apparentés. Par exemple, insuffisance au niveau de la durée, ou des symptômes, *Cyclothymie de courte durée* (moins de 24 mois), ou *Épisode hypomaniaque sans antécédent d’épisode dépressif caractérisé*.

3.7Le ***Trouble bipolaire ou apparenté non spécifié***

Dans cette catégorie, les critères requis pour un diagnostic de cette classe ne sont pas tous rencontrés, soit que le clinicien ne précise pas en quoi ces critères ne sont pas remplis ou encore soit qu’il y ait un manque d’information pour poser définitivement le diagnostic, comme par exemple en contexte d’urgence.

4. **LES *TROUBLES DÉPRESSIFS***

Les *Troubles dépressifs* se caractérisent par la présence d’une dépression : tristesse, irritabilité, retard psychomoteur et, dans les cas sévères, une idéation suicidaire. Pour chacun des diagnostics, il faut préciser la gravité de l’épisode (*Léger*, *Moyen*, *Grave*), si l’épisode se présente *Avec caractéristiques psychotiques*, *En rémission partielle*, *En rémission complète*, ou s’il s’agit d’un *Épisode isolé*, ou s’il s’agit d’un *Épisode* *récurrent*, s’il s’agit d’un *Trouble dépressif* *persistant* (*dysthymie*) et alors *avec rémission partielle* ou *en rémission complète* ou s’il est *non spécifié*.

4.1Le ***Trouble dépressif majeur***

L’élément essentiel du diagnostic est une humeur triste ou la perte d’intérêt ou du plaisir dans les activités habituelles. Tous les symptômes doivent être présents quotidiennement, sauf l’idéation suicidaire ou les pensées de mort qui n’ont besoin que d’être récurrentes. Le diagnostic doit être rejeté si les symptômes proviennent d’un deuil normal ou si des symptômes psychotiques sont présents en l’absence de symptômes dépressifs.

4.2Le **Trouble *Dysthymie*** ou le ***Trouble dépressif persistant***

La *dysthymie* est une forme légère et chronique de dépression durant au moins deux ans, et durant laquelle, la plupart des journées, l’individu éprouve une humeur dépressive la plupart de la journée et avec deux symptômes de la dépression. En cas de dysthymie, il faut préciser si elle a un *Début précoce* ou un *Début tardif*. Il faut spécifier ici si le *Trouble dépressif persistant* est un *syndrome dysthymique pur*; ou s’il est *Avec épisode dépressif caractérisé persistant*; *Avec épisodes dépressifs caractérisés intermittents, y compris l’épisode actuel*; *Avec épisodes dépressifs caractérisés intermittents, mais pas au cours de l’épisode actuel*.

4.3 Le ***Trouble dysphorique prémenstruel***

Ce trouble survient environ une semaine avant les menstruations et se caractérise par l’irritabilité, la labilité émotionnelle, des maux de tête, de l’anxiété ou des symptômes dépressifs, le tout rentrant dans l’ordre après les menstruations.

4.4Le ***Trouble dépressif induit par une substance/un médicament***

Ce trouble dépressif s’explique par l’utilisation d’une substance (par exemple l’alcool) ou un médicament (par exemple les *benzodiazépines*). Il faut préciser si le tableau se présente *Avec début au cours d’une intoxication*, ou *Avec début au cours d’un sevrage*.

4.5 Le ***Trouble dépressif dû à une autre affection médicale***

Ce trouble dépressif trouve son origine dans une maladie physique (par exemple, l’hypothyroïdie, le syndrome de Cushing) Il faut alors préciser si c’est *Avec caractéristiques dépressives* ou *Avec épisode évoquant un épisode dépressif caractérisé* ou *avec caractéristiques mixtes*.

4.6Le ***Trouble dépressif autrement spécifié***

Cette catégorie comprend deux sous-types : 1) l’*épisode dépressif récurrent*, qui comporte une dépression durant de 2 à 13 jours et qui survient au moins une fois par mois, et 2) *l’épisode dépressif à durée brève* qui est un épisode dépressif non récurrent et durant de 4 à 14 jours.

4.7 Le ***Trouble dépressif non spécifié***

Cette catégorie diagnostique comprend 4 sous-types : (1) le *Trouble dépressif non spécifié* *Avec détresse anxieuse* dans une forme sévère de dépression majeure avec désespoir, anhédonie, retard psychomoteur et haut risque de suicide. Aussi faut-il préciser le niveau de sévérité : *Léger* (2 symptômes), *Moyen* (3 symptômes) *Moyennement grave* (4 à 5 symptômes), *Grave* ( 4 à 5 symptômes); (2) le *Trouble dépressif non spécifié Avec caractéristique atypiques* caractérisée par une humeur triste et un gain de poids et de l’hypersomnie, à la place d’une perte de poids et de sommeil; (3) le *Trouble dépressif non spécifié Avec caractéristiques mixtes*; (4) le *Trouble dépressif non spécifié Avec caractéristiques mélancoliques*, notamment un humeur abattue d’allure anesthésie affective, un état dépressif plus marqué le matin avec réveil précoce, culpabilité excessive, agitation ou ralentissement psychomoteur marqué; (5) le *Trouble dépressif non spécifié Avec début lors du péripartum* qui survient dans la période de l’accouchement ou au-dedans d’un mois après la naissance d’un enfant (appelée *dépression post-partum* dans le *DSM-IV*); et (6) le *Trouble dépressif non spécifié Avec* *caractère saisonnier* où l’humeur déprimée survient à un moment particulier de l’année, habituellement l’hiver (aussi connue sous le nom de *dépression saisonnière* ). Ici, il faut préciser le niveau de sévérité actuelle (*Léger*; *Moyen*; *Grave*) et, le cas échéant, *En rémission partielle* ou *En rémission complète.*

4.8 Le ***Trouble de dysrégulation explosive de l’humeur* («*disruptive mood dysregulation***

***disorder*»)**

Ce trouble survient chez les enfants de plus de six ans et de moins de 18 ans et caractérisée par des colères importantes, de l’irritabilité chronique et une humeur agressive.

5. **LES *TROUBLES ANXIEUX***

La section des troubles anxieux dans le *DSM-V* comprend 10 troubles: le trouble d’*anxiété de séparation*, le *trouble panique*, l’*agoraphobie*, l’*anxiété généralisée*, la *phobie spécifique*, le *trouble d’anxiété sociale* appelée aussi *phobie sociale*, le *trouble d’anxiété généralisée*, le *trouble d’anxiété causée par une condition médicale générale,* le *trouble anxieux induit par une substance* dans lesquels les symptômes anxieux sont la caractéristique proéminente du tableau clinique, et enfin l’*anxiété de séparation*.

5.1 Le ***Trouble panique***

Une *attaque panique* se caractérise par des sentiments de peur intense ou de terreur survenant subitement dans des situations où il ne se trouve rien d’apeurant. Ces sentiments s’accompagnent d’une accélération ou d’un martellement du rythme cardiaque, de douleurs à la poitrine, d’un souffle court, de vertiges ou de tremblements ou de crainte de d’évanouir ou d’étourdissement, de sudation et de nausée. Pour poser le diagnostic de Trouble panique, il faut la présence d’attaques de panique récurrentes et inattendues, ce qui n’empêche pas la présence d’*attaques de panique* déclenchées. Les *attaques de panique* peuvent aussi survenir dans n’importe quel trouble anxieux et dans d’autres troubles mentaux (par exemple, les *Troubles dépressifs*, le *Trouble de stress post-traumatique,* les *Troubles d’usage des substances*) et dans certaines affections médicales (par exemple troubles cardiaques, respiratoires, vestibulaires, gastro-intestinaux).

5.2 Le **Trouble *Agoraphobie***

Ce trouble est la conséquence fréquente d’un trouble de panique bien qu’il peut survenir en l’absence de ce dernier. Les personnes touchées par ce trouble évite (ou essaie d’éviter) les situations qui pourraient déclencher une *attaque de panique* (ou des symptômes apparentés) ou des situations dont elles croient qu’elles n’en pourront s’échapper si elles ont une attaque de panique.

5.3 Le **Trouble *Phobie spécifique***

Ce trouble se caractérise par une peur excessive et irrationnelle quant à des objets spécifiques ou des situations qui surviennent presque toujours en présence du stimulus redouté. Le stimulus est évité, sans quoi la personne devient la proie d’une anxiété sévère ou inconfortable. Le clinicien doit spécifier si la phobie concerne un Animal, un Environnement naturel, le Sang-injection-accident (*Peur du sang*, *Peur des injections et transfusions*, *Peur d’autres soins médicaux*, *Peur d’un accident, Situationnel*, *Autre.)*

5.4 Le **Trouble *Anxiété sociale*** (ou ***phobie sociale***)

Ce trouble se caractérise par la crainte d’être embarrassé ou humilié lorsque la personne fait face à d’autres personnes. Comme la *Phobie spécifique*, les stimuli phobiques sont évités, ou, s’ils ne peuvent l’être, ils causent une anxiété sévère et incontrôlable. Le clinicien doit préciser si cela survient *Seulement de performance*. Si les stimuli phobiques comprennent la plupart des situations sociales, le nom du trouble devient *phobie sociale généralisée*.

5.5 Le **Trouble *Anxiété généralisée***

Ce trouble se caractérise par une préoccupation anxieuse excessive et chronique qui dure pendant plusieurs jours et est difficile à contrôler. Cette préoccupation s’accompagne de symptômes comme des problèmes de concentration, de l’insomnie, de la tension musculaire, de l’irritabilité, et de l’impatience physique, le tout aboutissant à une détresse ou une perturbation cliniquement significative.

5.6 Le ***Trouble anxieux dû à une autre affection médicale***

Ce diagnostic est posé s’il y a une évidence qu’une anxiété significative découle d’une condition médicale générale (par exemple l’hyperthyroïdie).

5.7 Le ***Trouble anxieux induit par une substance ou un médicament***

Ce diagnostic est posé si la cause de l’anxiété est une substance (par exemple le PCP), ou un médicament (par exemple la cortisone). Il faut ici spécifier  si : *Au début au cours d’une intoxication*, *Avec début au cours d’un sevrage*, *Avec début après la prise d’un médicament* ou d’une substance.

5.8 Le ***Trouble*** ***Anxiété de séparation***

Ce trouble a trait à la peur ou l’anxiété excessive et inappropriée au stade de développement atteint, concernant les personnes auxquelles le sujet est attaché, qu’on rencontre surtout chez les enfants et les adolescents mais aussi chez les adultes. Chez les enfants, il se caractérise par une anxiété excessive quand il quitte son domicile ou des figures d’attachement, cette anxiété étant au-dessus de ce qui est attendu à son niveau de développement.

5.9 Le ***Mutisme sélectif***

Ce trouble consiste en un refus persistant de parler dans des situations spécifiques en dépit de la démonstration de la capacité de parler dans d’autres situations.

5.10 L’***Autre trouble anxieux spécifié***

Ce diagnostic est à poser quand le tableau anxieux clinique ne répond pas à tous les critères spécifiques des autres troubles anxieux tout en causant une détresse cliniquement significative et une perturbation du fonctionnement. Dans les exemples fournis par le *DSM-5*, il y a les *Attaques de panique paucisymptomatiques*, *l’Anxiété* généralisée ne survenant pas au moins la moitié du temps, le *Khyâl cap (attaques de vent)* et *Ataque de nervios (attaque de nerfs)*.

5.11 Le ***Trouble anxieux non spécifié***

Dans cette catégorie, les critères requis pour un diagnostic de cette classe ne sont pas tous rencontrés, soit que le clinicien ne précise pas en quoi ces critères ne sont pas remplis ou encore soit qu’il y ait un manque d’information pour poser définitivement le diagnostic, comme par exemple en contexte d’urgence.

6. **LES *TROUBLES OBSESSIFS-COMPULSIFS***

Cette classe de diagnostic comprend huit troubles qui ont tous des obsessions (pensée répétitives) ou des compulsions (actes répétés).

6.1 Le ***Trouble* *obsessif-compulsif***

Ce trouble se caractérise par des pensées ou des images répétitives et intrusives qui ne sont pas bienvenues (obsessions), ou encore par des comportements répétitifs que la personne se sent obligée de faire (compulsion) , ou les deux. Il faut spécifier si c’est *En relation avec des tics*.

6.2 Le ***Trouble Obsession d’une dysmorphie corporelle***

Ce trouble se caractérise par une préoccupation perturbante et source de détresse avec un défaut léger ou imaginaire de l’apparence. Il faut ici spécifier si c’est *Avec dysmorphie musculaire*. Si la préoccupation prend une intensité délirante, alors un *trouble délirant de type somatique* devient le diagnostic.

6.3 Le ***Trouble* *Thésaurisation pathologique***

Ce trouble (connu aussi comme *syllogomanie* ou *syndrome de Diogène*) se caractérise par un comportement compulsif d’accumulation de divers objets qui peuvent ou non être utiles à la personne. Dans ce trouble, la personne est incapable de se débarrasser d’items même s’ils créent des situations dangereuses au domicile, comme pour le feu. Il faut spécifier si c’est *Avec acquisitions excessives*.

6.4. Le ***Trouble Trichotillomanie* (*arrachage compulsif de ses propres cheveux*)**

Ce trouble se caractérise par l’arrachage répété de cheveux, causant une perte visible de cheveux ou de poils sur la tête ou à d’autres endroits du corps (aisselles, région pubienne).

6.5 Le ***Trouble Dermatillomanie* (*triturage pathologique de la peau***)

Ce trouble se caractérise par le besoin compulsif d’arracher des morceaux de peau au point de causer un dommage physique.

6.6 Le ***Trouble obsessif-compulsif induit par une substance/une médication***

Comme le nom l’indique, ce trouble, qui peut prendre la présentation des cinq types vus précédemment, survient suite à l’usage d’une médication (par exemple un antipsychotique comme la *risperidone*) ou d’une drogue (par exemple la cocaïne cause un besoin d’arracher la peau, sous le nom de **formication**). Il faut ici spécifier si : *Avec début au cours d’une intoxication*, *Avec début au cours d’un sevrage*,  *Avec début après la prise d’un médicament*.

6.7 Le ***Trouble obsessif compulsif dû à une autre affection médicale***

Dans ce trouble, la cause est une condition médicale, comme cela survient par exemple suite à une infection à streptocoque. Il faut ici spécifier si c’est : *Avec des symptômes ressemblant à un trouble obsessionnel-compulsif*, *Avec des préoccupations concernant l’apparence physique*, *Avec des symptômes d’accumulation*, *Avec des symptômes d’arrachage de cheveux*, *Avec des symptômes de triturage de la peau*.

6.8 L’***Autre trouble obsessif-compulsif ou apparenté spécifié***

Cette catégorie regroupe divers types de trouble comme par exemple la *jalousie obsessionnelle* dans laquelle la personne a des pensées répétées à propos de l’infidélité du conjoint. Ce doit être distingué des croyances délirantes, comme par exemple dans le *Koro* (trouble qu’on rencontre dans l’Asie du sud et de l’est) et dans lequel la personne croit que ses organes génitaux se ratatinent et disparaissent dans leur corps. On doit aussi distinguer ce trouble du trouble de comportement répétitif centré sur le corps dans lequel la personne a un comportement répétitif comme se ronger les ongles ou mâcher ses lèvres.

6.9 Le ***Trouble obsessionnel-compulsif ou apparenté non spécifié***

Dans cette catégorie, les critères requis pour un diagnostic de cette classe ne sont pas tous rencontrés, soit que le clinicien ne précise pas en quoi ces critères ne sont pas remplis ou encore soit qu’il y ait un manque d’information pour poser définitivement le diagnostic, comme par exemple en contexte d’urgence.

7. ***LES* *TROUBLES LIÉS AUX TRAUMATISMES OU AU STRESS***

Dans cette catégorie, les troubles, au nombre de six dans le *DSM-5* sont causés par l’exposition à un désastre naturel ou causé par l’homme ou à un important stresseur de la vie comme par exemple l’expérience d’un abus physique ou moral.

7.1 Le ***Trouble réactionnel de l’attachement***

Ce trouble apparaît dans l’enfance et se caractérise par une perturbation sévère dans la capacité d’être en relation en raison d’attentions et de soins grossièrement pathologiques. Il faut ici spécifier si le trouble est *Chronique* (présent depuis plus de 12 mois) et aussi s’il est *Grave*.

7.2 Le ***Trouble de désinhibition du contact social***

Dans le trouble, l’enfant adopte un mode relationnel impliquant des comportements excessivement familiers et non conformes aux normes culturelles admises avec des personnes peu familières. Pour poser le diagnostic, il faut tenir compte du stade de développement, jamais en bas de neuf mois. Il faut préciser ici si le trouble est *Grave* ou encore s’il est *Chronique* (présent depuis plus de douze mois).

7.3 Le ***Trouble de stress post traumatique* (*TSPT*)**

Ce trouble survient après un évènement traumatique à propos duquel l’individu croit qu’il a été en danger physique pour sa vie. Ce trouble peut survenir aussi après avoir été témoin d’un évènement traumatique survenu à quelqu’un d’autre ou bien dans des circonstances similaires. Ce trouble débute généralement peu après l’évènement traumatique bien que dans certains le début peut tarder des mois et des années avant son apparition. Dans les symptômes, on trouve la peur et des symptômes de ré-expériences du trauma, l’évitement et l’hyper-vigilance. Les symptômes doivent avoir duré au moins un mois et avoir causé une perturbation significative en termes de fonctionnement ou de souffrance. Il faut spécifier si le trouble se présente *Avec symptômes dissociatifs* et s’il est *À expression retardée*.

7.4 Le ***Trouble stress aigu***

Ce trouble peut survenir après le même type de facteurs de stress que ceux qui précipite le TSPT. Cependant, les symptômes ici durent moins d’un mois.

7.5 Les ***Troubles d’adaptation***

Ces troubles sont des réactions mal adaptées à des facteurs de stress de la vie bien clairement identifiés. Un facteur de stress doit être survenu dans les trois mois précédant le tableau clinique. Ils se divisent en sous-types selon les symptômes :

* Avec anxiété;
* Avec une humeur dépressive;
* Mixte avec anxiété et humeur dépressive;
* Avec perturbation des conduites;
* Avec une perturbation mixte des émotions et des conduites;
* Non spécifié, pour les réactions inadaptées qui ne sont pas classables comme un des sous-types spécifiques du trouble de l’adaptation.

7.6 L’***Autre trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, spécifié***

Ici, le trouble ne rencontre pas l’entièreté des critères d’un des diagnostics et le clinicien donne la raison spécifique : par exemple *des troubles ressemblant à* *un trouble de l’adaptation avec début retardé* (plus de trois mois après le facteur de stress), ou *persistant* (durant plus de six mois sans prolongation de la durée du facteur de stress) ou l’*Attaque de nervios* (*attaque de nerfs* ) ou *autres syndromes d’ordre culturel*. Également le trouble de *Deuil complexe persistant* consiste en un deuil chronique caractérisé par de l’aigreur, de l’agressivité et des sentiments ambivalent quant à la personne décédée et accompagnée par un retrait intense et prolongé. À distinguer du deuil normal.

7.7 Le ***Trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, non spécifié***

Ici, le trouble ne rencontre pas entièrement les critères d’un trouble de cette catégorie diagnostique, soit que le clinicien ne précise pas en quoi ces critères ne sont pas remplis ou encore soit qu’il y ait un manque d’information pour poser définitivement le diagnostic, comme par exemple en contexte d’urgence.

8. **LES *TROUBLES DISSOCIATIFS***

Dans cette catégorie, on trouve quatre trouble spécifiques  le *trouble dissociatif de l’identité,* l’*amnésie dissociative* sans ou *avec*  *fugue dissociative* et le *trouble de dépersonnalisation / déréalisation*, l’*autre trouble dissociatif spécifié,* et le *trouble dissociatif non spécifié*. Tous ces troubles sont caractérisés par une perturbation dans les fonctions intégrées de la conscience, de la mémoire, de l’identité ou de la perception.

8.1 Le ***Trouble dissociatif d’identité***

Autrefois appelé *Trouble de personnalité multiple*, ce trouble a comme caractéristique principale la présence de deux ou plus d’une identité qui prend le contrôle de l’individu.

8.2 L’***Amnésie dissociative***

Ce trouble se caractérise par une perte de mémoire à propos d’information personnelle importante, qui est généralement d’origine traumatique. Il faut préciser si cette A*mnésie dissociative* est *Avec fugue dissociative*, c’est-à-dire une fugue soudaine loin du domicile associée à une perte partielle ou complète de sa propre identité.

8.3 Le ***Trouble Dépersonnalisation/ déréalisation***

Ce trouble se caractérise par des épisodes persistants ou récurent de dépersonnalisation ou de déréalisation. La dépersonnalisation consiste en un sens altéré de son état physique, comprenant le sentiment d’être en dehors de son corps, physiquement distinct ou encore à distance des personnes autour, impression de flotter, déréalisation consiste à éprouver l’environnement comme irréel ou déformé.

8.4 L’***Autre trouble dissociatif spécifié***

Ici, le tableau clinique ne rencontre pas l’entièreté des critères d’un des diagnostics de la catégorie et le clinicien donne la raison spécifique. Par exemple, les *syndromes chroniques et récurrents de symptômes dissociatifs mixtes* où il y a des perturbations de l’identité associées à des failles non graves dans le sens de soi, ou à des altérations de l’identité ou à des épisodes de possession chez une personne qui ne rapporte aucune amnésie dissociative. Il y a aussi les *perturbations de l’identité dues à des environnements de persuasion coercitives intense et prolongée*, par exemple, des situations de lavage de cerveau, de rééducation idéologique, d’endoctrinement de prisonniers, de torture, d’emprisonnement politique prolongé.

8.5 Le ***Trouble dissociatif non spécifié***

Ici, le trouble ne rencontre pas entièrement les critères d’un trouble de cette catégorie diagnostique, soit que le clinicien ne précise pas en quoi ces critères ne sont pas remplis ou encore soit qu’il y ait un manque d’information pour poser définitivement le diagnostic, comme par exemple en contexte d’urgence.

9. **LES *TROUBLES À SYMPTOMATOLOGIE SOMATIQUE ET APPARENTÉS***

Ce groupe de troubles, autrefois appelés *troubles somato-formes* (*DSM-IV*), se caractérise par une préoccupation marquée avec son corps et les craintes de maladie ou de conséquence de la maladie (par exemple la mort).

9.1 Le ***Trouble à symptomatologie somatique***

Ce trouble, connu sous le nom d’*hypochondrie*, se caractérise par une forte anxiété et une inquiétude persistante au sujet de signes et de symptômes somatique qui sont mésinterprétés comme étant une maladie médicale connue. Il faut spécifier si ce trouble est *Avec douleur prédominante* et s’il est *Chronique*. Il faut spécifier le degré de sévérité : *Léger*, *Moyen*, *Grave*.

9.2 Le ***Trouble Crainte excessive d’avoir une maladie***

Ce trouble est la peur d’être malade avec ou pas de symptômes somatique. C’est un nouveau diagnostic avec le *DSM-V*. Il faut spécifier si le trouble est *À type de demande de soins*  ou *À type évitant les soins*.

9.3 Le ***Trouble de conversion (trouble à symptôme neurologique fonctionnelle)***

Ce trouble se caractérise par un ou des déficits moteurs ou sensoriels inexpliqués qui suggèrent la présence d’un trouble neurologique ou d’un trouble médical autre. Un conflit psychologique est à l’origine des symptômes. Il faut spécifier ici si le type de symptômes; *Avec faiblesse ou paralysie*, ou *Avec mouvements anormaux*, ou *Avec des symptômes de déglutition*, ou *Avec des troubles de l’élocution*, ou *Avec des attaques ou crises épileptiformes*, ou *Avec anesthésie* ou *avec perte sensorielle*, ou *Avec symptôme sensoriel spécifique* (à décrire) ou *Avec symptômes associés*. Il faut aussi spécifier s’il s’agit d’un *Épisode aigu* ou *Persistant*, et si le trouble est *Avec facteur de stress psychologique* (il faut alors *Spécifier ce facteur*) ou *Sans facteur de stress psychologique*.

9.4Les ***Facteurs psychologiques affectant d’autres conditions médicales***

Il s’agit ici de problèmes psychologiques qui affectent négativement une condition médicale en accroissant le risque d’une issue adverse. Il faut ici spécifier le niveau *sévérité actuelle* (*Léger*, *Moyen*, *Grave*, *Extrême*).

9.5 Le ***Trouble factice***

Ce trouble, antérieurement connu sous le nom de *syndrome Münchausen*, a trait à une simulation délibérée de trouble physique ou psychologique de manière à assumer le rôle de malade. Il faut distinguer deux formes de ce trouble : le *Trouble factice auto-induit*, et le *Trouble factice imposé à autrui* (autrefois *appelé trouble factice par procuration*) survient quand la personne présente une autre personne comme malade, la plupart du temps la mère et l’enfant. Il faut aussi spécifier si le trouble consiste en un *Épisode unique*, ou en des *Épisodes répétés*. Le *Trouble factice* doit être distingué du *Trouble de simulation* qui consiste aussi dans une présentation fausse de symptômes mais se distinguant par la motivation derrière le tableau clinique, comme l’évitement d’une responsabilité, l’obtention de compensation financière ou de médicaments.

9.6 L’***Autre trouble de symptôme somatique spécifié*** (et troubles apparentés)

Ici, le tableau clinique ne rencontre pas l’entièreté des critères d’un des diagnostics de la catégorie. Il faut spécifier s’il s’agit d’un *Trouble à symptomatologie somatique bref*, ou de la *Crainte excessive d’avoir une maladie,* ou d’une *Grossesse nerveuse* (*pseudocyèse*) dans lequel une femme (et, rarement un homme) croit faussement être enceinte et sans présence de psychose.

9.7 Le ***Trouble à symptomatologie somatique non spécifié***

Il s’agit d’un trouble à symptomatologie somatique qui ne rencontre pas entièrement les critères d’un trouble de cette catégorie diagnostique, soit que le clinicien ne précise pas en quoi ces critères ne sont pas remplis ou encore soit qu’il y ait un manque d’information pour poser définitivement le diagnostic, comme par exemple en contexte d’urgence.

10. **LES *TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES ET DE L’INGESTION***

***DES ALIMENTS***

Ces troubles se caractérisent par une perturbation de la fonction alimentaire. Et il faut pour tous, le cas échéant, *spécifier si:* *En rémission*, ou *En rémission partielle*, *En rémission complète*, et le niveau de sévérité : *Léger*, *Moyen*, *Grave*, *Extrême*.

10.1 L’**Anorexie mentale**

Ce trouble, souvent appelé *anorexie nerveuse* se caractérise par une perte importante de poids et un refus de s’alimenter suffisamment alors que l’appétit est généralement intact. Il faut préciser le type : *Type restrictif* ou *Type accès hyperphagiques/purgatif*.

10.2 La **Boulimie (bulimia nervosa)**

Ce trouble se caractérise par une importante ingurgitation impulsive et récurrente de nourriture avec ou sans vomissement. On y trouve des comportements compensatoires : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs, diurétiques ou autres médicaments, jeûne ou exercice physique excessif.

10.3 Le ***Trouble* *Accès hyperphagiques* (*binge-eating disorder*)**

Ce trouble se caractérise par la survenue récurrente d’accès hyperphagiques (crises de gloutonnerie) (*binge eating*). Un accès hyperphagique est défini par l’absorption, en une période de temps limitée, d’une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des individus absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances. Ce trouble s’accompagne d’une détresse intense (être dégoûté de soi-même, déprimé ou très coupable) et comporte une des trois caractéristiques suivantes : manger plus vite que la normale, manger jusqu’à l’atteinte d’une sensation pénible de distension abdominale, manger beaucoup sans faim, manger seul par gêne de manger autant devant d’autres personnes. Contrairement à la boulimie, il n’y a pas de comportement compensatoires (purgatifs, sports à outrance) ni de régimes alimentaires pour corriger le poids.

10.4 Le ***PICA***

Ce trouble consiste à manger autre chose que de la nourriture (par exemple de l’amidon). Il faut spécifier s’il s’agit d’un diagnostic *Pour les enfants* ou *Pour les adultes*.

10.5 Le ***Méricisme*** (Trouble de rumination)

Ce trouble consiste en la régurgitation répétée de la nourriture, avec un début généralement dans l’enfance.

10.6 Le ***Trouble* *Restriction ou d’évitement de l’ingestion d’aliments***

Autrefois appelé trouble d’alimentation de l’enfance dans le *DSM-IV*, ce trouble se caractérise par un manque d’intérêt pour la nourriture ou l’alimentation, ce qui aboutit à nuire à la santé.

10.7 L’***Autre trouble de l’alimentation ou de l’ingestion d’aliments, spécifié***

Cette catégorie diagnostique sert pour les troubles alimentaires ne remplissant pas les critères des troubles alimentaires précédemment mentionnés. Parmi eux, on trouve notamment l’*anorexie mentale atypique* (le poids est maintenu ou accru malgré une perte de poids significative), la *boulimie (de faible fréquence et/ou de durée limitée)*, le *trouble purgatif* (avec un comportement purgatif récurrent visant à influencer le poids) et le *syndrome d’alimentation nocturne* (manifesté par une alimentation après un réveil nocturne ou une consommation excessive de nourriture après le repas du soir).

10.8 Le ***Trouble de l’alimentation ou de l’ingestion d’aliments, non spécifié***

Il s’agit d’un trouble alimentaire qui ne rencontre pas entièrement les critères d’un trouble de cette catégorie diagnostique, soit que le clinicien ne précise pas en quoi ces critères ne sont pas remplis ou encore soit qu’il y ait un manque d’information pour poser définitivement le diagnostic, comme par exemple en contexte d’urgence.

11. **LES *TROUBLES DU CONTRÔLE SPHINCTÉRIEN***

Il s’agit de troubles des fonctions d’élimination qui sont causés par des facteurs physiologiques ou psychologiques

11.1 Le ***Trouble Énurésie***

L’*Énurésie* est l’incapacité de contrôler la vessie, et il faut spécifier si c’est *Exclusivement nocturne*, *Exclusivement diurne* ou *Nocturne et diurne*.

11.2 Le ***Trouble Encoprésie***

L’*encoprésie* est l’incapacité de maintenir un contrôle intestinal et il faut spécifier s’il c’est *Avec* ou *Sans constipation et incontinence par débordement* ou *Sans constipation ni incontinence par débordement*.

11.3L’***Autre trouble du contrôle sphinctérien spécifié***

Ce trouble suppose que tous les critères des deux précédents troubles ne sont pas rencontrés et le clinicien doit préciser alors si c’est *Avec symptômes urinaires* et/ ou *Avec symptômes fécaux*.

11.4 Le ***Trouble du contrôle sphinctérien non spécifié***

Ce trouble se présente *Avec symptômes urinaires* ou *Avec symptômes fécaux*. Un tel diagnostic est donné en l’absence de l’entièreté des critères des troubles d’élimination mentionnés antérieurement et généralement en situation d’information incomplète (par exemple en situation d’urgence).

12. **LES *TROUBLES DE L’ALTERNANCE VEILLE SOMMEIL***

Ces troubles comportent une perturbation de la qualité, de l’horaire ou de la durée du sommeil, perturbation qui résulte en une altération du fonctionnement diurne et cause de la détresse mentale. Dans tous les cas, il faut spécifier d’abord si le trouble est *Épisodique* (durant au moins un mois mais moins de trois mois) ou *Persistant* (durant plus de trois mois), ou *Récurrent* (au moins deux épisodes en un an), ensuite s’il est *Aigu* (ayant duré moins d’un mois), *Subaigu* (ayant duré plus d’un mois et moins que trois mois) ou *Persistant*, (ayant duré plus de trois mois) et enfin si son niveau de sévérité est *Léger* (difficulté de maintenir la vigilance diurne un ou deux jours par semaine) *Moyen* (difficulté de maintenir la vigilance diurne 3 à 4 jours par semaine) ou *Grave* (difficulté de maintenir la vigilance diurne entre 5 et 7 jours par semaine)

12.1 Le ***Trouble*** ***Insomnie***

Ce trouble inclut la difficulté à s’endormir, ou à demeure endormi. Il peut être une condition indépendante ou bien être en comorbidité avec un autre trouble mental, un autre trouble du sommeil ou une autre condition médicale. Il faut spécifier si l’insomnie est *Avec un trouble mental non lié au sommeil*, ou *Avec une autre comorbidité médicale*, ou *Avec un autre trouble du sommeil*.

12.2. Le ***Trouble Hypersomnolence***

Le trouble H*ypersomnolence* (ou *hypersomnie*) survient quand une personne dort trop et se sent excessivement fatiguée en dépit d’un sommeil normal ou à cause d’une quantité prolongée de sommeil. Il faut spécifier si c’est *Avec un trouble mental*, ou *Avec une autre affection médicale*, ou *Avec un autre trouble du sommeil*.

12.3 La ***Narcolepsie***

La narcolepsie se caractérise par des attaques subites de sommeil, généralement avec perte du tonus musculaire (*catalepsie*). Il faut spécifier c’est *Narcolepsie sans cataplexie avec déficience en hypocrétine* ou *Narcolepsie avec cataplexie sans déficience en hypocrétine*, ou de l’*Ataxie cérébelleuse autosomique dominante avec surdité* et narcolepsie ou une *Narcolepsie autosomique dominante avec obésité et diabète de type 2*, ou une *Narcolepsie secondaire à une autre affection médicale*.

12.4Les ***Troubles du sommeil liés à la respiration***

Cette catégorie comprend trois sous-types.

Le plus courant les l’*Apnée* / *Hypopnée obstructive du sommeil* où de l’*Apnée* (absence de flux d’air) ou de l’*Hypopnée* (réduction du flux d’air) survient de façon répétée durant le sommeil, causant du ronflement et de la somnolence diurne.

Il y a le trouble *Apnée centrale du sommeil* *idiopathique* qui comporte des épisodes répétés d’*apnée* et d’*hypopnée* pendant le sommeil induits par une variabilité de l’effort respiratoire sans preuve d’une obstruction des voies aériennes. On y trouve aussi *l’Apnée centrale idiopathique*, un symptôme sans cause et sans lien avec une autre maladie. Il y a de plus la *Respiration de Cheyne-Stokes* qui est une variation périodique de la respiration et comportant au moins cinq *apnées* ou *hypopnées* centrales par heure, liées à de fréquents microéveils. Enfin, il y a le trouble d’ *Hypoventilation reliée au sommeil* qui cause des niveaux élevés de C02 provenant d’une respiration diminuée : il faut alors spécifier s’il s’agit d’une *Hypoventilation idiopathique* (c’est-à-dire sans cause ni lien avec une autre maladie) ou d’une *Hypoventilation congénitale d’origine centrale* ou d’une *Hypoventilation lié au sommeil comorbide* (par exemple par un effet d’une médication) pour laquelle il faut spécifier *la sévérité actuelle*.

12.5 Les ***Troubles de l’alternance veille-sommeil liés au rythme circadien***

Dans ces troubles, il y a une perturbation du système circadien aboutissant soit à l’insomnie, soit à une somnolence excessive. On en trouve six types : (1) le *Type de la phase de sommeil retardé* qui se manifeste par des périodes de sommeil et d’éveille qui surviennent plusieurs heures qui surviennent plus tard que les horaires conventionnels ou que désiré; il faut ici spécifier si c’est *Familial* et si c’est *Superposé à une alternance veille-sommeil différente de 24 heures*; (2) le *Type devancement de la phase sommeil* se caractérisant par un début devancé des heures du sommeil et de l’éveil; il faut spécifier si c’est *Familial*; (3) le *Type sommeil-éveil irrégulier* comportant un sommeil fragmenté sur 24 heures et aucune période de sommeil majeure et aucun rythme circadien discernable; (4) le *Type éveil-sommeil* hors 24 heures qui concerne un rythme circadien non aligné sur un environnement de 24 heures, comme on le rencontre le plus souvent chez les aveugles; il faut alors spécifier si c’est le *Type alternance veille-sommeil différente de 24 heures*, (5) le *Type travail posté*, c’est-à-dire pour ceux travaillant du divers quarts de travail ; (6) il y a enfin le T*ype non spécifié*, qui ne rencontre pas les critères des cinq types précédents.

12.6 Les ***Parasomnies***

Ces troubles consistent en des situations inhabituelles de comportement, d’expérience ou d’évènements physiologiques durant la nuit. Cette catégorie comprend trois présentations.

La première présentation comprend les *Troubles d’éveil avec mouvements en sommeil non paradoxal* (sommeil non –REM), qui consistent en un éveille incomplet du sommeil. On y trouve le *Type somnambulisme* pour lequel il faut spécifier si c’est *Avec alimentation liée au sommeil*, ou *Avec comportement sexuel lié au sommeil* (*sexsomnie*). On y trouve aussi le *Type terreur nocturne*.

La deuxième présentation comprend le trouble de *Cauchemar* dans lequel les cauchemars induisent l’éveil de façon répétitive et causent de la détresse. Il faut préciser ici si c’est *Durant l’endormissement*, ou si c’est *Associé à un trouble mental non lié au sommeil*, *Associé à une autre affection médicale*, *Associé à un autre trouble du sommeil*.

La troisième présentation est le *Trouble de comportement durant le sommeil paradoxal (REM)* qui se caractérise par un comportement vocal ou moteur durant le sommeil.

Dans cette section, bien que sans lien évident, le *DSM-5* ajoute les troubles suivants.

- Le trouble *Syndrome des jambes sans repos* qui consiste en des mouvements compulsifs des jambes durant le sommeil.

- Le t*rouble du sommeil induit par une substance / un médicament*.

Cette catégorie comprend les troubles du sommeil causés par une drogue (par exemple le café, les boissons énergisantes) ou par un médicament. Il faut ici spécifier s’il s’agit du *Type insomnie*, du *Type somnolence diurne*, du *Type parasomnie*, du *Type mixte*. Il faut ici préciser si c’est *Avec début au cours d’une intoxication*, *Avec début au cours d’un sevrage/arrêt*.

- Le trouble *Autre insomnie spécifiée*.

Dans ce trouble, en présence d’une détresse significative ou d’une perturbation du fonctionnement, on ne rencontre pas les critères des autres diagnostics de la catégorie, et on spécifie la raison : *Insomnie de courte durée*, ou *Insomnie limitée à un sommeil non récupérateur*.

**-** Le trouble *Insomnie non spécifiée.*

Cette étiquette s’applique pour un tableau clinique d’insomnie où le clinicien choisit de ne pas de préciser quel critère des troubles de la catégorie insomnie n’est pas rencontré, par exemple par manque d’information comme en situation d’urgence.

**-** Le trouble *Autre hypersomnolence spécifiée.*

Dans ce trouble, en présence d’une détresse significative ou d’une perturbation du fonctionnement, on ne rencontre pas les critères des autres diagnostics de la catégorie, mais on spécifie une raison; par exemple «*hypersomnolence de courte durée*» comme dans le syndrome de Kleine-Levin.

- Le trouble *Hypersomnolence non spécifiée*

Cette étiquette s’applique pour un tableau clinique d’*hypersomnolence* où le clinicien ne choisir pas de préciser quel critère des troubles de la catégorie insomnie n’est pas rencontré, par exemple lors d’un manque d’information comme en situation d’urgence.

- Le trouble *Autre trouble de l’alternance veille-sommeil spécifié*.

Dans ce trouble, en présence d’une détresse significative ou d’une perturbation du fonctionnement, on ne rencontre pas les critères des autres diagnostics de la catégorie, et on spécifie la raison, par exemple «*éveil répétés pendant le sommeil paradoxal sans polysomnographie ni antécédents de maladie de Parkinson ou d’une autre synucléinopathie*».

- Le trouble *Autre trouble de l’alternance veille-sommeil non spécifié.*

Cette étiquette s’applique pour un tableau clinique où le clinicien choisit de ne pas de préciser quel critère des troubles de la catégorie insomnie n’est pas rencontré, par exemple lors d’un manque d’information comme en situation d’urgence.

13. **LES TROUBLES DE *DYSFONCTIONS SEXUELLES***

Les troubles sexuels se divisent en dix troubles liés au changement dans le désir sexuel ou dans la performance sexuelle. Lorsqu’approprié, il faut spécifier le type : *De tout temps*, *Acquis,* puis spécifier le type *Généralisé,* *Situationnel*, et enfin le niveau de sévérité actuelle : Léger, *Moyen*, *Grave.*

13.1 Le ***Trouble* *Éjaculation retardée***

Ce trouble a trait à l’incapacité ou au délai marqué de l’éjaculation durant le coït ou la masturbation.

13.2 Le ***Trouble de l’érection***

Le trouble de l’érection (ou érectile) consiste en l’incapacité d’obtenir ou de maintenir une érection suffisante pour la pénétration dans le coït.

13.3 Le ***Trouble de l’orgasme de la femme***

Ce trouble chez la femme consiste en l’absence de la capacité à atteindre l’orgasme ou en une réduction dans l’intensité des sensations orgasmiques durant la masturbation ou le coït. Il faut spécifier si elle *N’a jamais éprouvé d’orgasme quelle que soit la situation*.

13.4 Le ***Trouble de l’intérêt pour l’activité sexuelle ou de l’excitation sexuelle chez la***

***femme***

Dans ce trouble, l’intérêt pour des fantaisies sexuelles ou l’excitation sexuelle est absent ou très réduit, causant ainsi une souffrance dans la personne.

13.5 Le ***Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration***

La dénomination de ce trouble remplace les termes vaginisme ou dyspareunie. Le trouble consiste dans une douleur anticipée ou actuelle durant les activités sexuelles, particulièrement dans la phase intromission.

13.6 Le ***Trouble de* *Diminution du désir sexuel chez l’homme***

Il s’agit de l’absence ou de la réduction du désir sexuel ou des fantaisies sexuelles chez l’homme.

13.7 Le ***Trouble Éjaculation prématurée*** (ou éjaculation précoce)

Ce trouble consiste en une éjaculation qui survient avant l’intromission, ou immédiatement après l’intromission.

13.8 Le ***Trouble Dysfonction sexuelle induite par une substance/médicament***

Le trouble découle de l’usage d’une substance (par exemple l’alcool) ou d’un médicament par exemple le prozac (fluoxetine). Il faut préciser si c’est *Avec début au cours d’une intoxication*, *Avec début au cours d’un sevrage*, ou *Avec début après la prise du médicament*.

13.9 Le ***Trouble Autre dysfonction sexuelle spécifiée***

Cette étiquette s’applique pour un tableau clinique de dysfonction sexuelle où le clinicien ne choisir pas de préciser quel critère du trouble n’est pas rencontré, mais mentionner par exemple «aversion sexuelle».

13.10 Le ***Trouble* *Dysfonction sexuelle non spécifiée***

Cette étiquette s’applique pour un tableau clinique de dysfonction sexuelle où le clinicien ne choisir pas de préciser quel critère des troubles de la catégorie insomnie n’est pas rencontré, par exemple par manque d’information.

14. **LE TROUBLE** ***DYSPHORIE DU GENRE***

La dysphorie du genre, autrefois appelé *trouble d’identité du genre*, se caractérise par un malaise persistant avec son sexe original et, dans certains cas, avec le désir d’avoir des organes du sexe opposé. Ce trouble se subdivise en quatre diagnostics spécifiques :

1. La *Dysphorie de genre chez les enfants*, auquel cas il faut mentionner si c’est *Avec*

*trouble du développement sexuel*;

2. La *Dysphorie de genre chez les adolescents et les adultes*, et il faut spécifier si

*Avec trouble du développement sexuel*, et si *Post-transition*.

3. L’*Autre dysphorie de genre spécifié* dont l’expression s’applique pour un tableau

clinique de dysfonction sexuelle où le clinicien ne choisit pas de préciser quel critère du trouble n’est pas rencontré, mais mentionner par exemple «épisode bref de dysphorie de genre».

4. La *Dysphorie de genre non spécifiée*, expression qui s’applique dans les situations

où le clinicien ne précise pas pourquoi les critères de dysphorie de genre ne sont pas remplis et cela comprend des situations dans lesquelles l’information est insuffisante pour établir un diagnostic plus précis.

15. **LES** **TROUBLES DISRUPTIFS, DU CONGTRÔLE DES IMPULSTIONS ET**

**DES CONDUITES**

Dans cette catégorie, on trouve les conditions impliquant des problèmes du contrôle par soi de ses émotions et de ses comportements.

15.1 Le ***Trouble oppositionnel avec provocation***

Ce diagnostic se pose pour un enfant ou un adolescent. Les symptômes comportent l’agressivité, la défiance et le refus de se conformer aux règles. Il faut spécifier le niveau de sévérité : *Léger*, *Moyen*, *Grave*.

15.2 Le ***Trouble explosif intermittent***

Ce trouble comporte des éclats subits et non contrôlés de colère et d’agressivité.

15.3 Le ***Trouble des conduites***

Ce diagnostic se porte pour un enfant et un adolescent et comporte de la bataille et du harcèlement. Il faut spécifier le type : (1) le *Type à début pendant l’enfance*; (2) *Type avec début pendant l’adolescence*, (3) *Début non spécifié*.

15.4 Le **Trouble *Pyromanie***

Ce trouble se caractérise par la répétition du comportement de mettre le feu.

15.5 Le **Trouble *Kleptomanie***

Ce trouble se caractérise par des vols à répétition chez quelqu’un sans *trouble de personnalité antisociale*.

15.6 L’***Autre trouble disruptif, du contrôle des impulsions et des conduites, spécifié***

L’expression s’applique pour un tableau clinique de trouble disruptif où le clinicien ne choisit pas de préciser quel critère du trouble n’est pas rencontré, avec une raison, par exemple «les épisodes agressifs récurrents de fréquence insuffisante».

15.7 Le ***Trouble disruptif du contrôle des impulsions et des conduites non spécifié***

Dans ce trouble on trouve une détresse cliniquement significative et/ou une perturbation du fonctionnement dans des domaines importants sans qu’on puisse rencontrer les critères des diagnostics liés à l’alcool déjà décrits et sans précision à ce sujet.

15.8 Le ***Trouble de personnalité sociale***

Ce trouble sera traité plus loin à l’intérieur des troubles de la personnalité.

16. **LES *TROUBLES LIÉS À UNE SUBSTANCE ET TROUBLES ADDICTIFS***

16.1 Les ***Troubles induits par les substances***

Les substances psychoactives et autres peuvent causer des symptômes d’intoxication et de sevrage et induire des tableaux psychiatriques divers, y compris un *trouble bipolaire* ou apparenté, un *trouble obsessif-compulsif* ou apparenté, un *trouble du sommeil*, une *dysfonction sexuelle*, un *delirium* et des *troubles neurocognitifs*. Ces tableaux divers sont décrits dans leurs sections spécifiques.

Dans tous les cas, il faut spécifier, lorsqu’indiqué, si *En rémission précoce*, *En rémission prolongée*, et si la personne se trouve *En environnement protégé* (par exemple la prison, centre de désintoxication ou l’hôpital), et enfin si le tableau clinique apparait *Avec des perturbations des perceptions*.

16.2 Les ***Troubles d’usage des substances***

Parfois appelés addictions, il s’agit d’un groupe de troubles qui se diagnostique en lien avec les substances abusées : alcool, cocaïne, cannabis, hallucinogènes, inhalants, opiacés, sédatifs, stimulants ou le tabac. Par rapport au *DSM-IV*, le *DSM-5* remplace le mot *utilisation* par le mot *usage*.

16.3 Les ***Troubles liés à l’alcool***

Les troubles reliés à l’alcool résultent d’un usage excessif de l’alcool. Ils comprennent le (1) le *Trouble d’usage de l’alcool* qui consiste en l’usage récurrent d’alcool avec progressivement les phénomènes de développement de la *tolérance* (moins d’effets pour la même quantité ingurgitée) et de symptômes de *sevrage.* Il faut spécifier le niveau de sévérité *: Léger*, *Moyen*, *Grave*; (2) l’ *Intoxication à l’alcool* (ivresse) pour laquelle il faut spécifier si c’est *Avec trouble léger de l’usage d’alcool*, ou *Avec trouble moyen ou grave de l’usage d’alcool* ou encore *Sans trouble de l’usage de l’alcool*, et (3) le *Sevrage de l’alcool*, *sans* ou *avec perturbations des perceptions*. Ce sevrage peut aller jusqu’à un *État confusionnel* (*delirium*); (4) Les *Autres troubles induits par l’alcool*, décrits avec les troubles dont ils partagent la présentation clinique; (5) le *Trouble lié à l’alcool non spécifié* pour les tableaux cliniques causant une détresse importante et/ ou une perturbation du fonctionnement sans pourtant rencontrer tous les critères des diagnostics liés à l’alcool déjà décrits et sans précision à ce sujet.

16.4 Les ***Troubles liés à la caféine***

Ces troubles comprennent (1) l’*Intoxication à la caféine*, le *sevrage de la caféine*, (2) le *Sevrage de la caféine*; (3) les *Autres troubles induits par la caféine* et (4) le *Trouble lié à la caféine non spécifié*.

16.5 Les ***Troubles liés au cannabis***

Ces troubles comprennent (1) le *Trouble d’usage du cannabis*, pour lequel il faut spécifier le niveau de sévérité actuelle : *Léger*, *Moyen*, *Grave*; (2) l’*Intoxication par le cannabis* qui peut se présenter (2.1) *Sans perturbations des perceptions*, *Avec trouble léger de l’usage du cannabis*, ou *Avec trouble moyen ou grave de l’usage du cannabis*, ou *Sans trouble de l’usage du cannabis*; (2.2) *Avec perturbation des perceptions*, *Avec trouble léger de l’usage du cannabis*, ou *Avec trouble moyen ou grave de l’usage du cannabis*, ou *Sans trouble de l’usage du cannabis*; (3) Le *sevrage du cannabis*; (4) les *autres troubles induits par le cannabis*; (5) le *Trouble lié au cannabis non spécifié* où la détresse et la perturbation du fonctionnement sont présents mais sans que tous les critères d’un trouble de cette section soient rencontrés et sans précision à ce sujet.

16.6 Les ***Troubles liés aux hallucinogènes***

Le *DSM-5* traite spécifiquement de la phencyclidine, puis ensuite des autres hallucinogènes globalement. Donc, tout d’abord (1) le *Trouble de l’usage de la phencyclidine*, pour lequel on doit spécifier le niveau de sévérité *: Léger*, *Moyen*, *Grave*; puis (2) le trouble *Intoxication par la phencyclidine* qui peut être *Avec trouble léger de l’usage de la phencyclidine*, ou *Avec trouble moyen ou grave de la phencyclidine*, ou enfin *Sans trouble de l’usage de la phencyclidine*; et enfin (3) *Autres troubles induits par la phencyclidine non spécifié.*

Par la suite le *DSM-5* mentionne (4) le *Trouble de l’usage d’un autre hallucinogène* pour lequel il faut *spécifier l’hallucinogène précis* et *la sévérité actuelle* (*Léger*, *Moyen*, *Grave*); (5) le trouble *Intoxication par un autre hallucinogène*, pour lequel il faut spécifier *Avec trouble léger de l’usage d’un hallucinogène*, ou *Avec un trouble moyen ou grave de l’usage d’un hallucinogène*, ou enfin *Sans trouble de l’usage d’un hallucinogène*.(6) le *Trouble lié à des hallucinogènes non spécifié* où malgré la détresse subjective et l’altération du comportement du sujet, tous les critères du trouble ne sont pas remplis et le clinicien ne précise pas en quoi.; et (7) le *Trouble persistant des perceptions dû aux hallucinogènes*.

16.7 **Les *Troubles liés aux substances inhalées***

Il y a d’abord (1) le *Trouble de l’usage des substances inhalées* pour lequel il faut spécifier *la substance inhalée précise*, et puis la *sévérité actuelle* ( *Léger*, *Moyen Trouble de l’usage des substances inhalées*, *Grave*); puis (2) Le trouble *Intoxication par des substances inhalées*, pour lequel il faut préciser *Avec trouble léger de l’usage d’une substance inhalée*, ou *Avec trouble moyen ou grave de l’usage d’une substance inhalée*, ou *Sans trouble de l’usage d’une substance inhalée*; ensuite (3) les *Autres troubles induits par les substances inhalées* et enfin (4) le *Trouble lié à des substances inhalées non spécifié* où malgré la détresse subjective et l’altération du comportement du sujet, tous les critères du trouble ne sont pas remplis et le clinicien ne précise pas en quoi.

16.8 Les ***Troubles liés aux opiacés***

Sous cette rubrique on trouve (1) le *Trouble de l’usage des* *opiacés* pour lequel il faut spécifier si la personne est Sous traitement de maintien, *En environnement protégé* (prison, hôpital, centre de désintoxication) et aussi spécifier le niveau de *sévérité actuelle* : *Léger*, *Moyen*, *Grave*. Puis il y a (2) le trouble *Intoxication par un opiacé* pour qui se présente *Avec* ou *Sans perturbation des perceptions*, et il faut spécifier dans les deux cas si c’est *Avec trouble léger de l’usage d’un opiacé*, ou *Avec trouble moyen ou gave de l’usage d’un opiacé*, ou *Sans trouble d’usage d’un opiacé*; il y a aussi (3) le Sevrage d’un opiacé, puis (4) les *Autres troubles induits par des opiacés*; et enfin (5) le *Trouble lié à des opiacés non spécifié* où malgré la détresse subjective et l’altération du comportement du sujet, tous les critères d’un trouble de la rubrique ne sont pas remplis et le clinicien n’a pas préciser pourquoi (par exemple, information insuffisante, situation d’urgence).

16.9 Les ***Troubles liés aux sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques***

Pour tous ces troubles qui suivent, il faut spécifier le niveau de sévérité (*Léger*, *Moyen*, *Grave*). Parmi eux on a (1) le trouble *Intoxication par un sédatif, hypnotique ou anxiolytique* (il faut identifier lequel ou lesquels sédatif, hypnotique ou anxiolytique sont concernés), et il faut alors préciser si c’est *Avec trouble léger de l’usage d’un sédatif, hypnotique ou anxiolytique*, *Avec trouble moyen ou grave de l’usage d’un sédatif*, *hypnotique ou anxiolytique*, ou *Sans trouble de l’usage d’un sédatif, hypnotique ou anxiolytique*; (2) le trouble *Sevrage d’un sédatif, hypnotique ou anxiolytique*, et il faut ici préciser si c’est *Sans perturbation des perceptions* ou *Avec perturbation des perceptions*;(3) Les *Autres troubles induits par des sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques, non spécifié* où malgré la détresse subjective et l’altération du comportement du sujet, tous les critères d’un trouble de la rubrique ne sont pas entièrement remplis et le clinicien n’a pas précisé pourquoi (par exemple, information insuffisante, situation d’urgence).

16.10 Les ***Troubles liés aux stimulants***

Sous cette rubrique, où l’on notera beaucoup de redites faites pour des codifications diagnostiques distinctes voulues par le *DSM-5* on trouve (1) le *Trouble de l’usage des stimulants* pour lequel il faut spécifier le niveau de sévérité actuel (*Léger*, *Moyen*, *Grave*) en même temps que le type de substance (*Substance amphétaminique*, *Cocaïne*, *Stimulant autre ou non spécifié* – non spécifié en raison par exemple d’une information insuffisante); (2) le trouble *Intoxication par un stimulant* pour lequel il faut *spécifier le stimulant spécifique* et c’est *Avec perturbation des perceptions* ou *Sans perturbation des perceptions*. Le *DSM-5* énonce des diagnostics distincts pour l’amphétamine et la cocaïne malgré une formulation identique. Ainsi, on a (2a) le trouble d’*Intoxication par une amphétamine ou autre stimulants,* *sans perturbation des perceptions*, il faut spécifier si c’est *Avec un trouble léger de l’usage d’amphétamine ou d’un autre stimulant*, ou *Avec un trouble moyen ou grave de l’usage d’amphétamine ou d’un autre stimulant, ou Sans trouble de l’usage d’amphétamine ou d’un autre stimulant*; (2b) le trouble d’*Intoxication par une amphétamine ou autre stimulants,* *avec perturbation des perceptions* et il faut encore ici spécifier si si c’est *Avec un trouble léger de l’usage d’amphétamine ou d’un autre stimulant*, ou *Avec un trouble moyen ou grave de l’usage d’amphétamine ou d’un autre stimulant, ou Sans trouble de l’usage d’amphétamine ou d’un autre stimulant*; (2c) d’*Intoxication par la Cocaïne,* *Avec perturbation des perceptions* et il faut encore ici *spécifier si* c’est *Avec un trouble léger de l’usage de cocaïne*, ou *Avec un trouble moyen ou grave de l’usage de cocaïne, ou Sans trouble de l’usage de cocaïne*; puis il y a (3) le trouble de *Sevrage d’un stimulant* pour lequel il faut *spécifier la substance spécifique qui cause le syndrome de sevrage*: *Amphétamine ou autre stimulant* ou *Cocaïne*; il y a aussi (4) le trouble *Autres troubles induits par les stimulants*, et (5) le *Trouble lié à des stimulants non spécifié*, soit *Amphétamine ou autre stimulant*, ou encore *Cocaïne*, la dimension non spécifiée indiquant que, malgré la détresse subjective et l’altération du comportement du sujet, tous les critères d’un trouble de la rubrique ne sont pas entièrement remplis et le clinicien n’a pas précisé pourquoi (par exemple, information insuffisante, situation d’urgence).

16.11 Les **Troubles liés au tabac**

Sous cette rubrique, il y a d’abord (1) le *Trouble de l’usage du tabac* pour lequel il faut *Spécifier si* ce trouble est *Sous traitement de maintien*, *En environnement protégé ou contrôlé* (par exemple l’hôpital). Il faut aussi spécifier le niveau de *sévérité actuelle* : *Léger*, *Moyen*, *Grave*; il y a aussi (2) le trouble *Sevrage du tabac* et (3) les *Autres troubles induits par le tabac* et enfin (4) le *Trouble lié au tabac non spécifié* indiquant que, malgré la détresse subjective et l’altération du comportement du sujet, tous les critères d’un trouble de la rubrique ne sont pas entièrement remplis et le clinicien n’a pas précisé pourquoi (par exemple, information insuffisante, situation d’urgence).

16.12 Les ***Troubles non liés à des substances*:** le  ***Jeu d’argent pathologique* (**ou ***Trouble***

***lié au jeu d’argent)***

Ce trouble comporte la pratique compulsive du jeu avec l’incapacité de cesser ou de diminuer, ce qui conduit à des difficultés sociales et financière. Il faut spécifier si c’est *Occasionnel* ou *Continu* et spécifier le niveau de *sévérité actuelle* *: Léger, Moyen, Grave*.

17. **LES *TROUBLES NEUROCOGNITIFS***

Ces troubles se caractérisent par des changements dans la structure du cerveau et dans son fonctionnement, ce qui résulte en une altération de l’apprentissage, de l’orientation, du jugement, de la mémoire et des fonctions intellectuelles. Ces troubles étaient autrefois appelés la *démence*, le *delirium*, le *trouble amnestique* et autres troubles cognitifs. Ils sont désormais divisés en trois catégories.

17.1 Le ***Delirium* (*état confusionnel*)**

Ce trouble se caractérise par une confusion et une altération de la cognition à court terme, résultant d’une intoxication ou du sevrage à une substance, ou bien à son sevrage (cocaïne, opiacés, phencyclidine), soit d’une intoxication à un médicament (par exemple la cortisone) ou d’une condition médicale générale (par exemple une infection) ou d’autres causes (par exemple déprivation de sommeil). Ainsi, le *DSM-5* distingue (1) l’*État confusionnel (delirium) dû à une intoxication par une substance* dont il faut alors spécifier le nom; (2) l’*État confusionnel (delirium) dû au sevrage une substance* dont il faut alors spécifier le nom; (3) l’*État confusionnel (delirium) induit par un médicament* dont il faut alors spécifier le nom; l’*État confusionnel (delirium) dû à autre affection médicale* ; (4) l’ *État confusionnel (delirium) dû à des étiologies multiples*, où il faut *spécifier si* c’est *aigu* ou *persistant*, et il faut aussi *spécifier si* c’est *hyperactif*, *hypoactif*, ou de *niveau d’activité mixte*.; (5) l’*Autre état confusionnel (delirium) spécifié* et enfin (6) l’*État confusionnel (delirium) non spécifié*, l’expression non spécifié indiquant que, malgré la détresse subjective et l’altération du comportement du sujet, tous les critères d’un trouble de la rubrique ne sont pas entièrement remplis et le clinicien n’a pas précisé pourquoi (par exemple, information insuffisante, situation d’urgence).

17.2 Les **Troubles neurocognitifs majeur et léger**

Sous cette rubrique, le *DSM-5* donne beaucoup de spécifications au début de l’énoncé de sa classification. Ainsi, il faut *spécifier si c’est dû à : une maladie d’Alzheimer, une dégénérescence lobaire fronto-temporale, une maladie à corps de Lewy, une maladie vasculaire, une lésion cérébrale traumatique, l’usage d’une substance/d’un médicament, une infection par le VIH, une maladie à prions, une maladie de Parkinson, une maladie de Huntington, une autre affection médicale, des étiologies multiples, non spécifié*. Il faut ensuite *spécifier* si c’est *Sans perturbation du comportement*, ou *Avec perturbation du comportement*. Mais, *Pour un trouble neurocognitif majeur possible et pour un trouble neurocognitif léger, une perturbation du comportement ne peut pas être codée mais doit être cependant indiquée par écrit*. Il faut également *spécifier* le niveau de *sévérité actuelle : Léger, Moyen, Grave* et se rappeler que *Cette spécification s’applique uniquement au trouble neurocognitif majeur (incluant probable ou possible).*

Mentionnons ici pour chacune des situations mentionnées deux niveaux de troubles neurocognitifs : il y a d’abord le*Trouble neurocognitif léger*qui consiste en un déclin léger ou modeste dans la fonction cognitive qu’il importe de distinguer des modifications cognitives normales liées au vieillissement, mais on peut le retrouver sous une forme particulière avec divers diagnostics spécifiques qui constituent la première étape d’un tableau qui peut évoluer vers à un *Trouble neurocognitif majeur* (qu’on peut aussi appeler démence) se caractérise par une altération importante de la mémoire, du jugement, de l’orientation et de la cognition. On en trouve 13 sous-types qui ont été énumérées dans l’introduction de la présente rubrique. Nous allons ici poursuivre avec les catégories diagnostiques spécifiées dans le *DSM-5*.

(1) La*maladie d’Alzheimer* survient généralement chez les personnes de plus de 65 ans et se manifestant par une détérioration intellectuelle progressive et la démence. Hormis le diagnostic définitif est nécessairement histopathologique mais post-mortem, il y a une histoire familiale et des éléments radiologiques (atrophie corticale, plaques à prédominance amyloïde), et, dans le sang, la protéine précurseur (APP). Le *DSM-5*, présente ici trois diagnostics avec cette maladie. (1a) Le*Trouble neurocognitif majeur probable dû à la maladie d’Alzheimer****.*** Il faut alors spécifier si c’est *Avec perturbation du comportement* ou *Sans perturbation du comportement*; et

(1b) *le Trouble neurocognitif majeur possible du à la maladie d’Alzheimer*: ici il faut exclure la possibilité d’une étiologie mixte (l’absence d’une maladie neurodégénérative ou cérébro-vasculaire ou une autre maladie neurologique ou systémique pouvant contribuer au tableau clinique); (1c) le *Trouble neurocognitif léger dû à la maladie d’Alzheimer*, qu’on documente avec l’histoire clinique, l’histoire familiale et l’imagerie cérébrale.

(2) La*démence vasculaire* est une étape de la progression vers une détérioration cognitive conséquente à une thrombose ou une hémorragie des vaisseaux sanguins. Sous cette pathologie, on trouve les diagnostics suivants : (2a) *Le Trouble neurocognitif vasculaire majeur probable*: pour poser ce diagnostic, il faut pouvoir trouver appui sur la neuro-imagerie et/ou sur des liens temporels entre des accidents cérébrovasculaires et l’apparition du tableau clinique ainsi que des éléments génétiques et cliniques favorisant ce diagnostic; il faut ensuite spécifier *Avec perturbation du comportement* ou *Sans perturbation du comportement*; (2b) le *Trouble neurocognitif majeur vasculaire possible*, diagnostic fait en absence de neuro-imagerie concluante et d’évènements vasculaires historiquement reliés à l’apparition des symptômes; (2c) le *Trouble neurocognitif vasculaire léger.*

(3)La *dégénérescence lobaire fronto****-****temporale* (connue sous le nom de *maladie de Pick*) se caractérise par une inhibition comportementale. Le *DSM-5* énonce ici trois diagnostics possibles, soit (3a) le *Trouble neurocognitif majeur probable dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale*; il faut ici spécifier *Avec perturbation du comportement* ou *Sans perturbation du comportement*; (3b) le *Trouble neurocognitif majeur possible dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale* s’il y a absence d’une mutation génétique documentée par l’histoire familiale ou un test génétique et enfin (3c) le *Trouble neurocognitif léger dû à une dégénérescence lobaire frontotemporale.*

(4) La *maladie des Corps de Lewy* comporte des hallucinations visuelles précises et récurrentes associées des fluctuations de la cognition au niveau de l’attention et de la vigilance et des éléments spontanés de parkinsonisme, le tout associé à une *démence* progressive. À ce chapitre, on trouve trois diagnostics : (4a) le *Trouble neurocognitif majeur probable avec corps de Lewy*, et il faut alors spécifier si c’est *Avec perturbation du comportement* ou *Sans perturbation du comportement*; (4b) le *Trouble neurocognitif majeur possible avec corps de Lewy*, et enfin ((4c) un *Trouble neurocognitif léger avec corps de Lewy*.

(5) Le *Trouble cognitif dû à une lésion cérébrale traumatique* découle d’un traumatisme physique. À l’histoire, on peut trouver une perte de conscience et/ou une amnésie post-traumatique, et/ou une désorientation et de la confusion, et/ou des signEs neurologiques à l’examen physique ou à la neuroimagerie. Ici, le *DSM-5* reconnaît deux diagnostics : (5a) le *Trouble neurocognitif majeur dû à une lésion cérébrale traumatique*, pour lequel il faut préciser si c’est *Avec perturbation du comportement* ou *Sans perturbation du comportement*; (5b) *Trouble neurocognitif léger dû à une lésion cérébrale traumatique.*

(6*)* Le *Trouble neurocognitif majeur ou léger causé par l’usage d’une substance ou d’un médicament (*par exemple l’alcool qui produit le *syndrome de Korsakoff*). Il faut ici que le tableau clinique dépasse la période habituelle de l’intoxication ou du sevrage aigu de la substance ou du médicament et que le cours temporel du tableau soit consistant avec la période de l’usage et de l’abstinence de la substance ou du médicament au sens où il demeure stable ou s’améliore après ces périodes.

(7) Les *Troubles neurocognitif majeur ou léger dû à une maladie à prions* qui est causée par la croissance de la protéine prion. Le DSM-5 précise ici deux diagnostics distincts soit :

7a) le *Trouble neurocognitif* *majeur* *dû à une maladie à prions* pour lequel il faut spécifier si le tableau survient *Avec perturbation du comportement* ou *Sans perturbation du comportement*; et enfin (7b) le *Trouble neurocognitif* *léger* *dû à une maladie à prions.*

(8) Les *Troubles neurocognitifs majeur ou léger dus à une infection par le* VIH (virus d’immuno-déficience humain) qui se décomposent en (8a) le *Trouble neurocognitif majeur dû à une infection par le VIH* pour lequel il faut spécifier si ce survient *Avec perturbation du comportement* ou *Sans perturbation du comportement*; et ensuite (8b) le *Trouble neurocognitif léger dû à une infection par le VIH.*

(9) Les *Troubles neurocognitifs majeur ou léger dû à la maladie de Parkinson,* lesquels se subdivisent en : (9a) le *Trouble neurocognitif majeur dû à la maladie de Parkinson* pour lequel il faut spécifier si le tableau survient *Avec perturbation du comportement* ou *Sans perturbation du comportement*; (9b) ) le *Trouble neurocognitif léger dû à la maladie de Parkinson.*

(10) Les *Troubles neurocognitifs majeur ou léger dû à la maladie de Huntington,* lesquels se subdivisent en : (10a) le *Trouble neurocognitif majeur dû à la maladie de Huntington* pour lequel il faut spécifier si le tableau survient *Avec perturbation du comportement* ou *Sans perturbation du comportement*; (10b) ) le *Trouble neurocognitif léger dû à la maladie de Huntington.*

(11) Les *Troubles neurocognitifs majeur ou léger dû à une autre affection médicale,* lesquels se subdivisent en : (11a) le *Trouble neurocognitif majeur dû à une autre affection médicale,* diagnosticpour lequel il faut spécifier si le tableau survient *Avec perturbation du comportement* ou *Sans perturbation du comportement*; (11b) ) le *Trouble neurocognitif léger dû à une autre affection médicale.*

(12) Les *Troubles neurocognitifs majeur ou léger dû à des étiologies* (causes) *multiples,* lesquels se subdivisent en : (12a) le *Trouble neurocognitif majeur dû à une étiologie multiple,* diagnosticpour lequel il faut spécifier si le tableau survient *Avec perturbation du comportement* ou *Sans perturbation du comportement*; (12b) ) le *Trouble neurocognitif léger dû à une étiologie multiple.*

(13) Le *Trouble neurocognitifs non spécifié, tableau clinique qui ne remplit pas tous les critères des diagnostics déjà mentionnés sous cette rubrique, la raison n’étant pas mentionné, mais souvent pour cause de situation d’urgence ou de manque d’information.*

18. **LES *TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ***

Les troubles de la personnalité se caractérisent par des formes d’adaptation comportementale profondément ancrées de longue date dans la personne et aisément identifiable dès l’adolescence et même plus tôt. Le DSM-5 divise les troubles de la personnalité en quatre groupes dont les trois premiers groupes (A, B et C) comprennent les diagnostics classiques de *troubles de la personnalité*.

18.1 Le **Groupe A des troubles de la personnalité**

Ce groupe comprend trois diagnostics: (17.1 a) le trouble de la *Personnalité paranoïaque* caractérisé par une méfiance non justifiée, une hyper-sensibilité, de la jalousie, de l’envie, de la rigidité, une excessive importance auto-attribuée, et une tendance à blâmer les autres et à leur attribuer de mauvaises intentions; (17.1 b) le trouble de la *P****ersonnalité schizoïde*** caractérisé par de la timidité, une sensibilité excessive, un évitement des relations étroites ou compétitives, de l’excentricité, mais la personne conserve la capacité de reconnaître la réalité, la rêverie diurne et d’exprimer l’hostilité et l’agressivité; (17.1c) le trouble de *Personnalité schizotypique*, qui ressemble au trouble de *Personnalité schizoïde* mais on y trouve une légère perte de la conscience de la réalité, des croyances singulières spéciales, de la solitude et du retrait.

18.2 Le **Groupe B des troubles de la personnalité**

Ce groupe comprend quatre diagnostics : (17.2a) Le trouble de la *Personnalité antisociale*  qui caractérise des personnes en conflit avec la société. Elles sont égoïstes, incapables de loyauté, irresponsables, impulsives et incapable d’apprendre avec l’expérience. Elles ont un niveau très bas de tolérance à la frustration et une tendance à blâmer les autres. (17.2b) Le trouble dela ***Personnalité narcissique*** caractérisé par des sentiments grandioses, un manque d’empathie, de l’envie, un comportement manipulateur et une recherche d’attention et d’admiration; (17.2c) Le trouble de la*Personnalité limite,* caractérisé par un l’instabilité émotionnelle, de l’impulsivité, une sexualité chaotique, des gestes suicidaires, des comportements d’automutilation, des problèmes d’identité, de l’ambivalence; et finalement (17.2d) le trouble de la *Personnalité histrionique* caractérisé par une instabilité émotionnelle, de l’excitabilité, une réactivité excessive, de la vanité, de l’immaturité, de la dépendance et une dramatisation pour attirer l’attention et séduire.

18.3 Le **Groupe C des troubles de la personnalité**

Ce groupe comprend trois diagnostics (17.3a) le trouble de la *Personnalité obsessive-compulsive* caractérisé par une préoccupation excessive avec la conformité et les normes de la conscience. L’individu peut être rigide, sur consciencieux, un sens exagéré du devoir, une inhibition importante et une incapacité à relaxer. (cf les trois P : ponctuel, parcimonieux et précis); (17.3b) le trouble de la *Personnalité évitante* caractérisé par un bas niveau d’énergie, une facilité à être fatigué, un manque d’enthousiasme, l’incapacité de jouir de la vie et l’excès de sensibilité aux facteurs de stress; (17.3c) le trouble de *Personnalité dépendante* qui se caractérise par un comportement passif et soumis, une incertitude quant à soi et une dépendance complète envers les autres.

18.4 Le ***Groupe des*** **Autres troubles de la personnalité**

Ce groupe comprend (17.4a) la *Modification de personnalité due à une autre affection médicale,* par exemple, le cancer, l’épilepsie temporale*.* Il faut alorsspécifier le nom de l’affection médicale et le type de *Modification de personnalité* ; *Type labile, Type désinhibé, Type agressif, Type apathique, Type paranoïaque, Autre type, Type combiné, Type non spécifié*. (17.4b) l’ *Autre trouble de la personnalité spécifié* dans le cas où malgré la détresse subjective ou la perturbation du comportement, la personne a des traits qui ne correspondent pas à tous les critères d’un des troubles décrits sous cette rubrique, et alors le clinicien spécifie la raison, par exemple, *traits de personnalité mixtes*. (17.4c) le *Trouble de la personnalité non spécifié*. Contrairement au tableau décrit juste précédemment, le clinicien choisit de ne pas fournir de raison, souvent par manque d’information suffisante pour faire un diagnostic plus spécifique.

19. **LES** **TROUBLES PARAPHILIQUES**

Dans la paraphilie, les intérêts sexuels de la personne sont dirigés principalement vers des objets plutôt que vers des personnes, vers des activités sexuelles non généralement associées au coït, ou vers un coït réalisé dans d’étranges circonstances. Un trouble paraphilique est un trouble qui comporte des actes sexuels qui peuvent causer du tort à une autre personne. Pour chacun des troubles décrits sous cette rubriques, il faut que le clinicien spécifie si le trouble est présent *Dans un environnement contrôlé* (par exemple un hôpital) et si le trouble est ou non *En rémission complète* (c’est-à-dire sans récidive et sans détresse ni perturbation du fonctionnement occupationnel, social ou autre depuis cinq ans au sein d’un environnement non contrôlé).

On y trouve sous cette rubrique les diagnostics ci-dessous.

19.1 Le **Trouble exhibitionnisme** (montrer ses organes génitaux), diagnostic pour lequel

il faut spécifié si la personne est *Sexuellement excité par l’exhibition des organes génitaux devant des enfants prépubères*, ou *devant des individus sexuellement matures*, ou *devant des enfants prépubères et des individus sexuellement mature*.

19.2 Le **Trouble voyeurisme** (observer des actes sexuels).

19.3 Le ***Trouble* f*rotteurisme*** (se frotter sur une autre personne).

19.4 Le ***Trouble* *pédophilie*** (attirance sexuelle envers les enfants), diagnostic pour lequel

il faut spécifier d’abord le type : *Type exclusif* (attirance seulement pour les enfants), *Type non exclusif*; il faut ensuite spécifier si l’individu est *Attiré sexuellement par les garçons*, *Attiré sexuellement par les filles*, *Attiré sexuellement par les filles et par les garçons*; et enfin il faut spécifier si le trouble est *Limité à l’inceste*.

19.5 Le **Trouble masochisme sexuel** (associer douleur à l’activité sexuelle), pour lequel

il faut spécifier, le cas échéant, si c’est *Avec asphyxiophilie* (s’étouffer pour atteindre une excitation sexuelle*)*.

19.6 Le **Trouble sadisme sexuel** (associer l’activité sexuelle à infliger de la douleur au

partenaire)

19.7 Le **Trouble fétichisme** (l’excitation sexuelle naît d’une partie du corps ou d’un objet

inanimé). Le clinicien doit ici spécifier d’où provient l’excitation : *Partie(s) du corps*, *Objet(s),* *Autre*s.

19.8 Le **Trouble transvestisme** (cherche l’excitation sexuelle dans un déguisement avec

des vêtements du sexe opposé).

20. **LES** ***AUTRES TROUBLES MENTAUX***

Cette catégorie résiduelle comprend trois troubles qui ne rencontrent pas tous les critères des troubles déjà mentionnées.

20.1 L’***Autre* *trouble mental*** *spécifié due à une autre affection médicale* (par exemple les

symptômes dissociatifs rencontrés dans l’épilepsie temporale).

20.2Le**Trouble mental non spécifié** *dû à une autre affection médicale* (par exemple une

épilepsie temporale produisant des symptômes non spécifiés).

20.3 L’***Autre trouble mental autrement spécifié***(les symptômes sont présents mais sous

le seuil d’un trouble mental spécifique.

20.4 Le ***Trouble mental non spécifié*** dans lesquels les symptômes sont présent mais sous

le seuil du diagnostic pour tout trouble mental.

En français on pourra désigner les troubles 20.3 et 20.4 avec l’expression «*forme fruste*».

21. **LES *TROUBLES DES MOUVEMENTS ET AITRES EFFETS INDÉSIRABLES***

***INDUITS PAR UN MÉDICAMENT***

Douze troubles appartiennent à cette catégorie.

21.1 Le **Parkinsonisme** *induit par les neuroleptiques* et 19.2  *l*e  *Parkinsonisme ou une*

*autre médication*. Ce tableau clinique se présente comme un tremblement rythmique, de la rigidité, de l’akinésie (absence de mouvements) ou de la bradykinésie (lenteur des mouvements). Il est réversible quand le médicament qui le cause est enlevé ou réduit.

21.2 Le *Syndrome malin* («aux neuroleptiques» dans le texte anglais) consiste en un tableau

clinique qui comprend une rigidité musculaire, de la dystonie ou de l’hyperthermie.

21.3 La ***Dystonie*** *aiguë* *induite par des médicaments*. Ce trouble consiste en une

contracture soutenue de la musculature causant des déviations posturales.

21.4 L’**Acathisie** *aiguë induite par les médicaments.* Ce troubleconsiste en une impatience

motrice avec des mouvements constants ou une anxiété intérieure du style avoir

impression d’avoir des tremblements dans l’estomac.

21.5 La **Dyskinésie tardive** caractérisée par des mouvements involontaire des lèvres, des

joues et de la langue et d’autres mouvements involontaires.

21.6 La **dystonie tardive** et 18.8 l’***acathisie tardive*** sont deux variantes de la *Dyskinésie*

*tardive* et se manifestent dans un syndrome extrapyramidal.

21.7 Le ***Tremblement*** *d’attitude induit par un médicament* («Medication-Induced

Postural Tremor») consiste en un tremblement fin généralement au repos et induit par un médicament.

21.8 **L’*Autre trouble des mouvements*** *induit par un médicament* dont le tableau

comporte un syndrome extrapyramidal atypique.

21.9 Le ***Syndrome d’arrêt des antidépresseurs*** qui se traduit par un syndrome de retrait

qui apparaît en cas d’arrêt brusque du médicament antidépresseur, comme par exemple le prozac (fluoxetine). Il faut préciser si c’est lors du *Contact initial* ou d’un *Contact ultérieur* et s’il y a des *Séquelles*.

21.10 Les***Autres effets secondaires* *d’un médicament*** (en anglais «*Other Adverse Effect*

*of Medication*»), lesquels comprennent des changements dans la tension artérielle, la diarrhée, etc, attribuables à un médicament. Il faut préciser si c’est lors du *Contact initial* ou d’un *Contact ultérieur* et s’il y a des *Séquelles.*

**CONCLUSION**

On peut remarquer que cette classification sur certains points ressemble à une casuistique peut-être plus intéressante pour certaines formes de recherche clinique que pour le clinicien dans le feu de l’action

**BIBLIOGRAPHIE**

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013, traduit en français en 2015 sous le titre *DSM-5,* *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Elsevier Masson. (traduction effectuée par une équipe de 54 traducteurs).