

# ECHO<sup>®</sup> CHUM

## Troubles concomitants

Programme de télémentorat accrédité  
par le DPC de l'Université de Montréal

Repenser les diagnostics en psychiatrie : modèles  
transdiagnostiques de la santé mentale

23 et 30 Janvier, 2024

**Laurent Elkrief, M.D., MSc.**

Résident 4 en psychiatrie, Université de Montréal

**CECTC** Centre d'expertise  
et de collaboration  
en troubles concomitants



# Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

Nom du conférencier : Inscrire votre nom ici

En relation ou non avec le contenu de cette activité, j'ai eu au cours des deux dernières années, une affiliation ou des intérêts financiers ou de tout ordre avec une société à but lucratif ou j'estime que je dois divulguer à l'auditoire un intérêt ou une orientation particulière, non pécuniaire.

<b>Nom de l'organisme</b>	<b>Type d'affiliation</b> (Subvention, honoraires, conférenciers, actionnariat majoritaire, autres...)	<b>Date</b>
OneCare Inc.	Actionnaire minoritaire	2024-01-01

# Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

**Nom du conférencier :** Laurent Elkrief

**Laurent Elkrief est un actionnaire minoritaire de OneCare Inc., un start-up en biotechnologie axée sur les problèmes de santé mentale. Le contenu de cette présentation n'est pas lié à ses affiliations avec l'entreprise et ne devrait pas être considéré comme un potentiel conflit d'intérêts.**

# Objectifs de la capsule de formation

Permettre aux partenaires de :

- 1 Définir et comprendre le rôle des diagnostics en santé mentale.
- 2 Analyser l'historique des diagnostics en psychiatrie et leur évolution jusqu'à nos jours.
- 3 Identifier les problèmes associés aux modèles catégoriels actuels
- 4 Explorer les solutions potentielles aux limites des diagnostics catégoriels, telles que les approches transdiagnostiques et dimensionnelles.

# Pourquoi avons-nous des diagnostics en psychiatrie ?

- Diagnostic: processus **consistant à déterminer la nature d'une maladie (ou d'un trouble) et à la distinguer d'autres affections possibles.**
- Outil de communication
- Guide planification du traitement et recherche
- Utilité clinique et para-clinique (assurance et remboursement)
- Réduction de stigmatisation
- Les systèmes diagnostic influence les décisions de politique publique (Jutel 2009)
- Identification du problème

# Diagnostiques en psychiatrie: depuis quand?

## **Kraepelin (1856-1926)**

- Les troubles mentaux sont des “types naturels” qui seront découverts grâce à la recherche et à l'observation clinique
- Limite de la normalité

## **Freud et psycho-analyse (début 20<sup>ième</sup> siècle)**

- Vision négative du diagnostic
- Faible chances de diagnostic fiable

## **Néo-Kraepelinien (1950 – aujourd’hui)**

- Pour pousser la psychiatrie vers des normes scientifiques modernes.
- Critère de Feighner (1972)
  - 10 critères pour la dépression, « Ça semblait à peu près juste »
- DSM-III (1980)

# Comment posez un diagnostic en psychiatrie

Liste de critères (symptômes, traits de personnalité, durée, évolution, spécificateurs, etc. etc.)

Athéorique = pas de hypothèse sur étiologie

Catégorique = soit vous l'avez, soit vous ne l'avez pas.

Dimensionnel = les caractéristiques existent le long d'une gamme de possibilités.

- Dans le DSM, il s'agit principalement de la gravité (à quel point c'est grave une fois que vous l'avez).

## Trouble dépressif caractérisé

### Critères diagnostiques

A. Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

**N.B.** : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (**N.B.** : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (**N.B.** : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

**N.B.** : Les critères A-C définissent un épisode dépressif caractérisé.

**N.B.** : Les réponses à une perte significative (p. ex. deuil, ruine, pertes au cours d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou handicap) peuvent comprendre des sentiments de tristesse intense, des ruminations à propos de la perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, symptômes inclus dans le critère A et évoquant un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse nor-

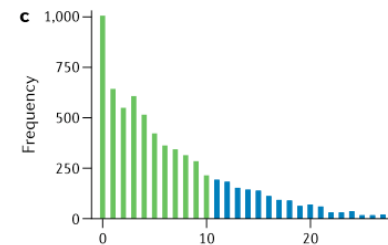
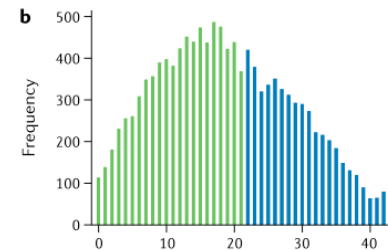
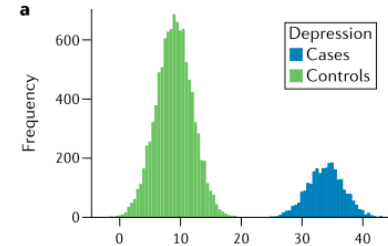
# Les problèmes de santé mentale sont-ils catégoriques ?

**Microbiologie** = catégorique (bactérie – oui/non)

**Médecine Interne** = dimensionnelle (hypertension, diabète)

**Les troubles mentaux** sont le résultat d'une interaction de processus bio-psycho-social-culturels qui ne respectent pas les barrières diagnostiques établies (Dalgleish et al. 2020)

- Il n'y a pas de seuil clairement défini qui soit soutenu par les évidences.
- Les symptômes sont répartis dans l'ensemble de la population « sans zones de rareté »
- Les seuils ont été déterminés par des groupes d'experts. Les seuils ont été déterminés par des groupes d'experts.
  - Critères de dépression – Cassidy 1957





# Problèmes avec les modèles catégoriels actuels

## Hétérogénéité

- Dépression : Plus de 500 (voir 1000, voir 16 400\*) profils de symptômes différents (Fried and Nesse 2015)
- TSPT : 636,120 profils (Galatzer-Levy et Bryant, 2013)

## Comorbidité

- La comorbidité est la règle plutôt que l'exception (Caspi et al. 2020)
- Artifact de la classification catégorielle elle-même (Maj, 2005; van Loo & Romeijn, 2015)

## Fiabilité des diagnostics

- 40% des diagnostics dans les essais sur le terrain du DSM-5 ont une fiabilité “faible” (Regier et al. 2013)

# Les diagnostics catégoriels sont-ils même utiles ?

## First 2018

- Le DSM-5 et la CIM sont les plus utilisés:
  - A des fins administratives et de facturation
  - Communication à d'autres professionnels
- Le moins utilisé pour
  - Choix d'un traitement et évaluation du pronostic

## Waszczuk 2017

Les dimensions des symptômes (« dysphorie ») prédisent mieux la prescription de médicaments que le diagnostic du DSM

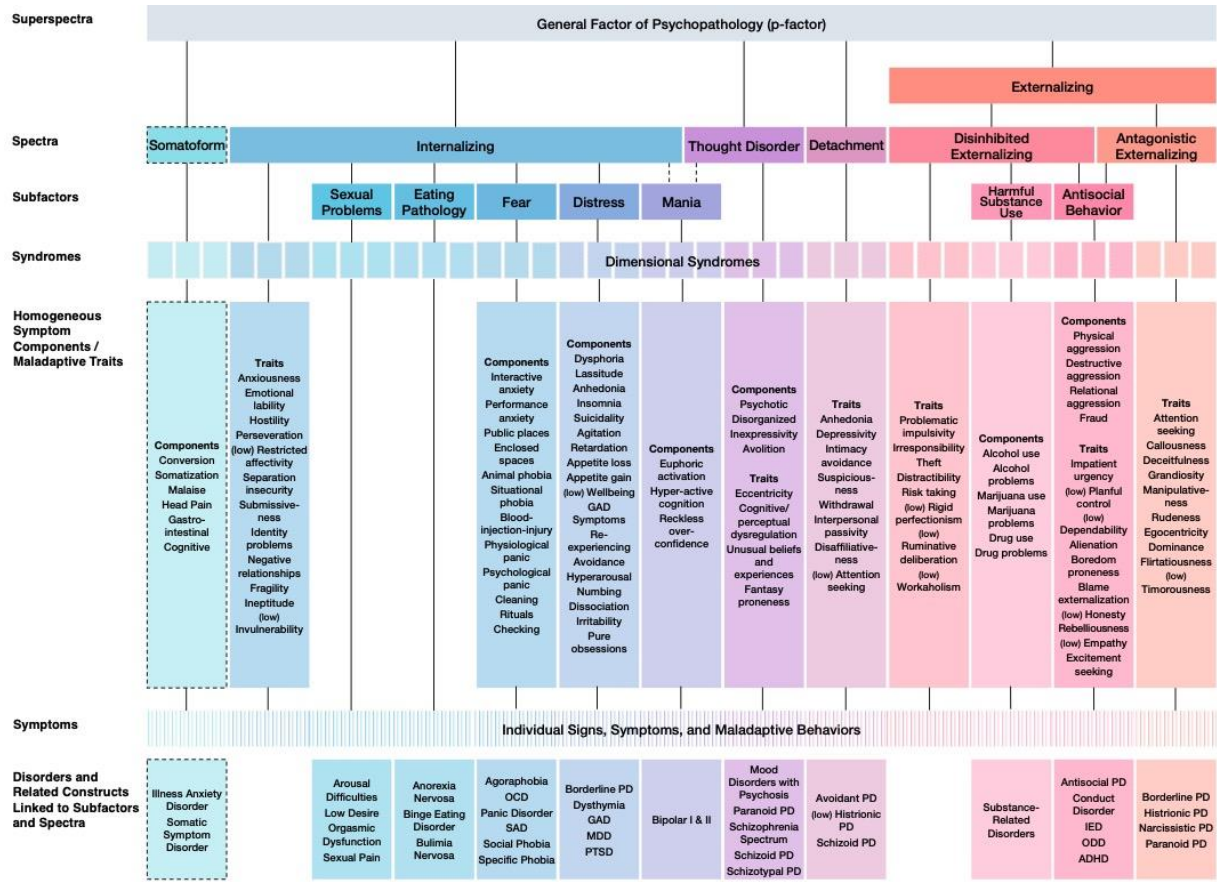
# Des solutions ?

Diagnostic catégoriques ne sont pas valides et (peu) utiles.

- Faible validité
- Dimensionnalité
- Hétérogénéité
- Comorbidité et seuils arbitraire
- Faible fiabilité
- (Faible) utilité

Psychiatrie transdiagnostique et dimensionnel:

- Pas de définition
- « multiples diagnostics »
- Au-delà des diagnostics qui sont précédemment définis dans des rubriques catégoriques des troubles mentaux (Dalglish et al. 2020)
- RDoC, Clinical staging model, HiTOP, approche par réseau



# Un diagnostic de santé mentale n'équivaut pas à un problème/trouble de santé mentale

- "Les diagnostics ... sont des types pragmatiques : des choses construites... (Kendler et al., 2011)."
  - Un problème de santé mentale peut être décrit comme un diagnostic, mais il ne constitue pas en soi un diagnostic.
    - Conceptualisation de cas
    - Approche bio-psycho-social-culturel
    - Approche par problème
- Pour la recherche
  - Besoin de structure formel pour étudier les troubles de santé mentale
- Pour la clinique
  - Ne vous limitez pas au diagnostic, le diagnostic n'est pas l'enjeu (ou le cœur du problème).

# Références

1. Arnow, B. A., Blasey, C., Williams, L. M., Palmer, D. M., Rekshan, W., Schatzberg, A. F., Etkin, A., Kulkarni, J., Luther, J. F., & Rush, A. J. (2015). Depression Subtypes in Predicting Antidepressant Response: A Report From the iSPOT-D Trial. *The American Journal of Psychiatry*, *172*(8), 743–750. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14020181>
2. Bagby, R. M., Gralnick, T. M., Al-Dajani, N., & Uliaszek, A. A. (2016). The role of the five-factor model in personality assessment and treatment planning. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *23*, 365–381. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12175>
3. Beck, A. T. (1962). Reliability of psychiatric diagnoses: I. A critique of systematic studies. *The American Journal of Psychiatry*, *119*, 210–216. <https://doi.org/10.1176/ajp.119.3.210>
4. Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, *16*(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
5. Brown, W. A. (2007). Treatment response in melancholia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *115*(s433), 125–129. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.00970.x>
6. Cervin, M., Norris, L. A., Ginsburg, G., Gosch, E. A., Compton, S. N., Piacentini, J., Albano, A. M., Sakolsky, D., Birmaher, B., Keeton, C., Storch, E. A., & Kendall, P. C. (2021). The p Factor Consistently Predicts Long-Term Psychiatric and Functional Outcomes in Anxiety-Disordered Youth. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *60*(7), 902-912.e5. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.08.440>
7. Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., Higgins, J. P. T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J. P. A., & Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet (London, England)*, *391*(10128), 1357–1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)

# Références

8. Conway, C. C., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Fried, E. I., Hallquist, M. N., Kotov, R., Mullins-Sweatt, S. N., Shackman, A. J., Skodol, A. E., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Zald, D. H., Afzali, M. H., Bornoalova, M. A., Carragher, N., Docherty, A. R., Jonas, K. G., Krueger, R. F., ... Eaton, N. R. (2019). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Can Transform Mental Health Research. *Perspectives on Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science*, 14(3), 419–436. <https://doi.org/10.1177/1745691618810696>
9. Conway, C. C., Kotov, R., Krueger, R. F., & Caspi, A. (2022). Translating the hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP) from potential to practice: Ten research questions. *American Psychologist*, No Pagination Specified-No Pagination Specified. <https://doi.org/10.1037/amp0001046>
10. Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic Approaches to Mental Health Problems: Current Status and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
11. Eaton, N. R. (2020). Measurement and mental health disparities: Psychopathology classification and identity assessment. *Personality and Mental Health*, 14(1), 76–87. <https://doi.org/10.1002/pmh.1449>
12. First, M. B., Rebelló, T. J., Keeley, J. W., Bhargava, R., Dai, Y., Kulygina, M., Matsumoto, C., Robles, R., Stona, A.-C., & Reed, G. M. (2018). Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry*, 17(2), 187–195. <https://doi.org/10.1002/wps.20525>
13. Fried, E. I., Koenders, M. A., & Blom, J. D. (2021). Bleuler revisited: On persecutory delusions and their resistance to therapy. *The Lancet Psychiatry*, 8(8), 644–646. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00240-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00240-6)
14. Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S. M., Parnas, J., & McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: A systematic review. *World Psychiatry*, 18(2), 192–207. <https://doi.org/10.1002/wps.20631>
15. Guze, S. B. (1978). Nature of psychiatric illness: Why psychiatry is a branch of medicine. *Comprehensive Psychiatry*, 19(4), 295–307. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(78\)90012-3](https://doi.org/10.1016/0010-440x(78)90012-3)
16. Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: Its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12(3), 271–287. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.3/ajablensky>

# Références

17. Kendler, K. S., Zachar, P., & Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders? *Psychological Medicine*, 41(6), 1143–1150. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001844>
18. Kotov, R., Jonas, K. G., Lian, W., Docherty, A. R., & Carpenter, W. T. (2022). Reconceptualizing schizophrenia in the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *Schizophrenia Research*, 242, 73–77. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2022.01.053>
19. Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Cicero, D. C., Conway, C. C., DeYoung, C. G., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Hallquist, M. N., Latzman, R. D., Mullins-Sweatt, S. N., Ruggero, C. J., Simms, L. J., Waldman, I. D., Waszczuk, M. A., & Wright, A. G. C. (2021). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A Quantitative Nosology Based on Consensus of Evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17(1), 83–108. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-093304>
20. Markon, K. E., Chmielewski, M., & Miller, C. J. (2011). The reliability and validity of discrete and continuous measures of psychopathology: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 137(5), 856–879. <https://doi.org/10.1037/a0023678>
21. McGrath, P. J., Khan, A. Y., Trivedi, M. H., Stewart, J. W., Morris, D. W., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., Nierenberg, A. A., Fava, M., & Rush, A. J. (2008). Response to a selective serotonin reuptake inhibitor (citalopram) in major depressive disorder with melancholic features: A STAR\*D report. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(12), 1847–1855. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n1201>
22. MULLINS-SWEATT, S. N., HOPWOOD, C. J., CHMIELEWSKI, M., MEYER, N. A., MIN, J., HELLE, A. C., & WALGREN, M. D. (2020). Treatment of personality pathology through the lens of the hierarchical taxonomy of psychopathology: Developing a research agenda. *Personality and Mental Health*, 14(1), 123–141. <https://doi.org/10.1002/pmh.1464>
23. Suzuki, T., South, S. C., Samuel, D. B., Wright, A. G. C., Yalch, M. M., Hopwood, C. J., & Thomas, K. M. (2019). Measurement invariance of the DSM–5 Section III pathological personality trait model across sex. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10, 114–122. <https://doi.org/10.1037/per0000291>
24. Uher, R., Dernovsek, M. Z., Mors, O., Hauser, J., Souery, D., Zobel, A., Maier, W., Henigsberg, N., Kalember, P., Rietschel, M., Placentino, A., Mendlewicz, J., Aitchison, K. J., McGuffin, P., & Farmer, A. (2011). Melancholic, atypical and anxious depression subtypes and outcome of treatment with escitalopram and nortriptyline. *Journal of Affective Disorders*, 132(1–2), 112–120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.014>



# Références

25. van Loo, H. M., & Romeijn, J.-W. (2015). Psychiatric comorbidity: Fact or artifact? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 36(1), 41–60. <https://doi.org/10.1007/s11017-015-9321-0>
26. Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *The American Psychologist*, 47(3), 373–388. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.3.373>
27. Wakefield, J. C. (2022). Klerman’s “credo” reconsidered: Neo-Kraepelinianism, Spitzer’s views, and what we can learn from the past. *World Psychiatry*, 21(1), 4–25. <https://doi.org/10.1002/wps.20942>
28. Waszczuk, M. A., Hopwood, C. J., Luft, B. J., Morey, L. C., Perlman, G., Ruggero, C. J., Skodol, A. E., & Kotov, R. (2022). The prognostic utility of personality traits versus past psychiatric diagnoses: Predicting future mental health and functioning. *Clinical Psychological Science : A Journal of the Association for Psychological Science*, 10(4), 734–751. <https://doi.org/10.1177/21677026211056596>
29. Waszczuk, M. A., Zimmerman, M., Ruggero, C., Li, K., MacNamara, A., Weinberg, A., Hajcak, G., Watson, D., & Kotov, R. (2017). What do clinicians treat: Diagnoses or symptoms? The incremental validity of a symptom-based, dimensional characterization of emotional disorders in predicting medication prescription patterns. *Comprehensive Psychiatry*, 79, 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.04.004>
30. Watson, D., Levin-Aspenson, H. F., Waszczuk, M. A., Conway, C. C., Dalgleish, T., Dretsch, M. N., Eaton, N. R., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Hobbs, K. A., Michelini, G., Nelson, B. D., Sellbom, M., Slade, T., South, S. C., Sunderland, M., Waldman, I., Witthöft, M., Wright, A. G. C., ... HiTOP Utility Workgroup. (2022). Validity and utility of Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): III. Emotional dysfunction superspectrum. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 21(1), 26–54. <https://doi.org/10.1002/wps.20943>

# QUESTIONS? COMMENTAIRES?

**CECTC** Centre d'expertise  
et de collaboration  
en troubles concomitants



# MERCI!

Pour information :  
[echo.tc.cectc.chum@ssss.gouv.qc.ca](mailto:echo.tc.cectc.chum@ssss.gouv.qc.ca)

Visitez notre site :  
<https://ruissss.umontreal.ca/cectc/>

**CECTC** Centre d'expertise  
et de collaboration  
en troubles concomitants

