

SANTÉ MENTALE

Une nouvelle édition de la bible francophone de la psychiatrie

CO-écrit par plus de 200 psychiatres et autres intervenants du monde de la santé mentale, le livre *Psychiatrie clinique – approche bio-psycho-sociale* est la référence incontournable en psychiatrie dans la francophonie internationale. Il a été rédigé sous la direction des Drs Pierre Lalonde et Georges-F Pinard, tous deux professeurs au département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Un travail de longue haleine qui a nécessité quelque six ans de travail, a expliqué à *Profession Santé* le Dr Lalonde.

Fabienne Papin

Approchant les 70 ans, le Dr Lalonde – aujourd'hui 74 ans – s'était demandé s'il aurait l'énergie

nécessaire pour s'attaquer à une nouvelle édition, la quatrième. À l'approche de la publication du DSM-5, il a finalement décidé de se lancer avec le Dr Pinard, « un jeune homme dans la cinquantaine

qui, je l'espère, pourra continuer d'autres éditions par la suite ».

La première édition du manuel *Psychiatrie clinique* est née en 1980 de la collaboration du Dr Frédéric Grunberg et du Dr Lalonde. « Nous donnions des cours aux étudiants en médecine et nous nous sommes demandé pourquoi nous ne ferions pas un livre. Nous pensions traduire un livre américain, mais notre éditeur trouvait qu'il n'y avait pas d'intérêt pour nous et a plutôt suggéré d'en rédiger un. » Ce qu'ils ont fait, trois fois plutôt qu'une puisque de nouvelles éditions sont sorties en 1988 puis 2001.

Le Dr Grunberg est décédé en 2003, et le Dr Lalonde voulait passer le flambeau à un autre psychiatre pour que le livre continue de vivre au rythme de l'évolution de la psychiatrie. « C'est toute une expérience qu'il faut acquérir, un peu comme moi quand j'ai commencé avec Grunberg. Il était un personnage très impressionnant dans notre milieu, à l'époque. Et pour faire un livre comme celui-là, cela prend quelqu'un qui a de l'ascendant sur tous les autres, quelqu'un qui est capable d'insister, d'imposer une façon de faire et de corriger », raconte le Dr Lalonde.

Après avoir fait une liste des chapitres qu'ils voulaient aborder, dont 18 nouveaux, les deux psychiatres ont contacté tous leurs collègues à la grandeur du Québec pour leur demander s'ils voulaient contribuer à la rédaction de la nouvelle édition. « On a eu beaucoup de propositions et il y a eu juste quelques chapitres pour lesquels on a eu de la difficulté à trouver les auteurs », précise le Dr Lalonde. Les deux psychiatres ont aussi ouvert leur manuel à d'autres professionnels. Une soixantaine de psychologues ont ainsi participé à la rédaction de l'ouvrage, soit en association avec des psychiatres, soit seuls comme dans le cas du chapitre sur l'évaluation neuropsychologique.

ÉVOLUTION DE LA PSYCHIATRIE

Si tous les chapitres ont été remis à jour – depuis la troisième édition, il n'y a plus de références, sauf celles, historiques bien sûr, datant d'avant 2000 –, plusieurs nouveautés reflètent aussi l'évolution de la psychiatrie.

« On ne peut pas passer à côté des maladies, elles ont dû être revues », explique le Dr Lalonde. Deux chapitres cependant ont été ajoutés sur la douleur chronique et la dysphorie de genre, « sujets d'actualité », précise le psychiatre.

Des chapitres ont aussi été divisés en plusieurs sections quand le be-



Tome 1 : Introduction à la psychiatrie, déterminants bio-psycho-sociaux, syndromes cliniques et organisation des soins.

Tome 2 : Spécialités psychiatriques et traitements.

Combo tome 1 et 2 : 275,95 \$

Publié en mai 2016

Principal lectorat : universitaires, étudiants en science de la santé, résidents, psychiatres et médecins de famille

Éditeur : Chenelière Éducation

soin s'en faisait sentir, dont celui sur l'évaluation neuropsychologique. « La recherche en imagerie médicale a beaucoup évolué. Il y avait déjà un chapitre sur ce sujet dans l'édition précédente, mais il y a beaucoup de nouveautés », ajoute le psychiatre. Même chose avec la gériatrie ou encore la psychiatrie légale. « Au civil, les lois ont changé, notamment en ce qui concerne la protection de la personne atteinte de problèmes de santé mentale ou la garde en établissement, mais c'est surtout au criminel que cela a changé », explique le Dr Lalonde.

L'organisation des soins a aussi connu quelques transformations, notamment en matière de multidisciplinarité et d'interdisciplinarité. « Avec la multidisciplinarité, plusieurs disciplines travaillent côte à côte. L'interdisciplinarité, elle, donne plus d'importance aux diverses disciplines ce qui amène une réflexion commune où tous les professionnels sont responsables de ce qu'ils font », explique le Dr Lalonde.

Le livre contient aussi cinq nouveaux chapitres sur les traitements, « des thérapies qui ne sont pas nouvelles, mais qui bénéficient maintenant d'un chapitre en soi, car elles sont de mieux en mieux validées, comme la remédiation ou les thérapies interpersonnelle et motivationnelle. » Enfin, la section sur les médicaments a bien sûr été mise à jour. Le psychiatre reconnaît qu'aujourd'hui les patients prennent beaucoup plus de médicaments qu'avant, mais les effets secondaires sont parfois moindres ou à tout le moins différents. Les neuroleptiques ne font plus trembler, mais font prendre du poids, donne-t-il en exemple. Reste que la pharmacopée psychiatrique sera toujours un peu à part puisqu'elle a

la particularité de reposer sur des médicaments qui ont tous été découverts par hasard. « On ne peut pas avoir de modèle animal comme dans le reste de la médecine. On peut avoir des similitudes de dépressions et rendre un animal anxieux, mais le rendre schizophrène, ce n'est pas la même chose », précise le psychiatre, ce qui bien sûr influe sur la façon de faire de la recherche en pharmacologie psychiatrique. Les chercheurs doivent se contenter d'étudier et de modifier, dans la mesure du possible, la formule chimique des molécules qui existent déjà pour voir s'ils peuvent en améliorer l'efficacité ou diminuer les contraintes et les effets indésirables.

PHARMACOPÉE ET PSYCHOTHÉRAPIE : UN DUO EFFICACE

Il trouve cependant que l'on est dur avec les médicaments psychiatriques, alors qu'en psychiatrie on fait mieux qu'ailleurs. « En médecine on ne guérit à peu près rien. » Bien sûr, on peut tuer un microbe avec un antibiotique et donc guérir une pneumonie ou encore enlever un appendice et guérir une appendicite. « Mais c'est à peu près tout. La plupart des maladies que l'on traite en médecine, qu'elles soient rénales, hépatiques, pulmonaires, etc. se détériorent avec les années », précise-t-il. Alors que, selon lui, lorsque la dépression est traitée à temps, il n'y a pas de rechute dans la moitié des cas. « Le risque de dépression reste sans doute là, mais comme on donne une médication, souvent d'une façon prolongée, accompagnée d'une thérapie cognitive, ça fonctionne. On guérit donc à vie 50 % des gens. » ■

Voir autre texte à la page 34

Usage clinique :

L'utilisation de Trulicity en association avec de l'insuline basale n'a fait l'objet d'aucune étude. Trulicity ne remplace pas l'insuline. Trulicity ne doit pas être utilisé chez les patients atteints de diabète de type 1 ni pour traiter l'acidocétose diabétique.

Contre-indications :

- Patients qui présentent des antécédents personnels ou familiaux de carcinome médullaire de la thyroïde ou patients atteints d'un syndrome de néoplasie endocrinienne multiple de type 2
- Femmes enceintes et femmes qui allaitent

Mises en garde et précautions les plus importantes :

Risque de tumeurs des cellules C de la thyroïde : Chez les rats mâles et femelles, l'exposition au dulaglutide sur toute une vie cause des tumeurs des cellules C de la thyroïde liées à la dose administrée et à la durée du traitement. Les patients devraient être conseillés au sujet du risque de tumeurs de la thyroïde et renseignés sur les symptômes.

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Augmentation de la fréquence cardiaque
- Allongement de l'intervalle PR
- Hypoglycémie (en association avec un sécrétagogue ou l'insuline prandiale)
- Maladie gastro-intestinale grave
- Pancréatite
- Réactions d'hypersensibilité générales
- Aucune étude n'a été réalisée chez les enfants
- Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire chez les patients âgés de plus de 65 ans
- Insuffisance hépatique ou rénale
- Infarctus du myocarde récent, angine instable et insuffisance cardiaque congestive

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie du produit au www.lilly.ca/fr/pdf/product-monograph/1_trulicity-ca-pm-fr-approved.pdf pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie qui n'ont pas été abordés dans ce document. Il est aussi possible de se procurer la monographie en composant le 1-888-545-5972.

Référence :

1. Monographie de Trulicity. Eli Lilly Canada Inc., 10 novembre 2015.

† La portée clinique n'a pas été établie.

‡ La dose initiale recommandée de Trulicity est de 0,75 mg une fois par semaine.

§ Étude de 26 semaines de non-infériorité de phase III, multicentrique, ouverte, avec répartition aléatoire, groupes parallèles et témoin actif. Les patients ont reçu 1,5 mg de Trulicity une fois par semaine (n = 299; taux d'HbA_{1c} initial : 8,1 %) ou 1,8 mg de liraglutide une fois par jour (n = 300; taux d'HbA_{1c} initial : 8,1 %). Le traitement s'ajoutait à un traitement de fond par la metformine (≥ 1 500 mg/jour). Toutes les valeurs de n concernent la population en intention de traiter. Le critère d'évaluation principal était la variation du taux d'HbA_{1c} entre le début de l'étude et la semaine 26, avec Trulicity administré 1 fois par semaine et avec le liraglutide administré 1 fois par jour.

une fois par semaine
trulicity[™]
 (dulaglutide) pour injection
 0,75 mg/0,5 mL, 1,5 mg/0,5 mL

MÉDICALISATION DU QUOTIDIEN ?

L'effet du DSM sur la psychiatrie

Sans DSM-5, plus récente édition du célèbre *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, il n'y aurait peut-être pas eu de nouvelle version du livre *Psychiatrie clinique – approche bio-psycho-sociale*. Même si le manuel américain n'a rien « d'une découverte » et que c'est surtout une façon pour l'Association psychiatrique américaine « de faire de l'argent », affirme le Dr Pierre Lalonde, professeur émérite au département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, « il y a quand même eu quelques changements et il fallait que notre manuel soit conforme au plus récent DSM ».

Fabienne Papin

Le livre québécois propose pour chaque syndrome clinique un tableau récapitulatif des critères du DSM-4 et de ceux du DSM-5. « On peut ainsi aisément voir ce qui a été ajouté et corrigé », souligne le psychiatre. Nous avons donc posé quelques questions au Dr Lalonde pour savoir en quoi le DSM-5 colore la psychiatrie d'aujourd'hui.

POURQUOI AVEZ-VOUS CHOISI D'INTÉGRER LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DANS VOTRE MANUEL DE PSYCHIATRIE ?

Le DSM-5 est universel, répandu et c'est la classification qui compte. Tous les psychiatres du monde se basent sur le DSM, pas juste les Américains. On s'appuie dessus, non pas parce que c'est une bible, mais parce que l'ensemble des psychiatres y adhère, surtout en recherche.

AVEC VOTRE COAUTEUR LE DR GEORGES-F. PINARD, VOUS AVEZ PARTICIPÉ À LA TRADUCTION DU DSM-5 EN FRANÇAIS, N'EST-CE PAS ?

Nous avons participé à la révision des critères diagnostiques pour trouver les termes appropriés; d'autres se sont occupés des descriptions. Par exemple, dans la première traduction, faite par les Français, ceux-ci utilisaient le mot « sujet », mais on les a convaincu de choisir plutôt le mot « personne », moins lié à l'expérimentation. On s'est aussi entendu sur certaines traductions, comme le mot « sévère » qui est un anglicisme, même s'il est passé dans l'usage. On leur a recommandé d'utiliser le mot « grave » et d'utiliser « sévère », quand c'est... très, très grave. Autre exemple, « craving » a été traduit par « désir impérieux » et non plus par « état de manque ». Être en état de manque, c'est vrai dans les jours

qui suivent l'arrêt de la consommation chez les toxicomanes, mais six mois plus tard ils ne le sont plus, bien qu'ils éprouvent encore un « désir impérieux ».

LE PÈRE DU DSM-4, LE DR ALLEN FRANCES, AFFIRME QUE LES DMS MÉDICALISENT LE QUOTIDIEN. QU'EN PENSEZ-VOUS ?

On peut parler d'une médicalisation du quotidien, et on peut être pour ou contre, mais cela n'a pas été fait avec une mauvaise intention. Par exemple, dans la schizophrénie, il y a eu une longue discussion pour savoir si on intégrait les troubles psychotiques atténués. On les a finalement mis en annexe, car si on annonce à quelqu'un qu'il a des risques d'évoluer vers la schizophrénie, la question est de savoir s'il est profitable de l'avertir quand environ un tiers seulement évoluera vers la schizophrénie. C'est la même chose pour le deuil, ce n'était pas forcément une mauvaise intention, quand j'en ai discuté avec les psychiatres américains. Avant, il fallait attendre deux mois avant de dire qu'un deuil était pathologique, maintenant c'est deux semaines. On peut être traumatisé par un deuil, tout comme par une faillite financière, un accident ou un divorce et souhaiter en parler avec quelqu'un. Mais aux États-Unis, s'il n'y a pas de diagnostic, il n'y a pas de remboursement. Ce n'est pas forcément pour inciter plus de personnes à prendre des médicaments, mais pour avoir un traitement de psychothérapie. Alors oui, le DSM médicalise des situations normales – on peut avoir encore de la peine deux semaines après un deuil –, mais pour les Américains, c'est indispensable pour des raisons liées aux assurances.

MÊME SI L'INTENTION EST BONNE, CELA ENTRAÎNE DES DÉRIVES...

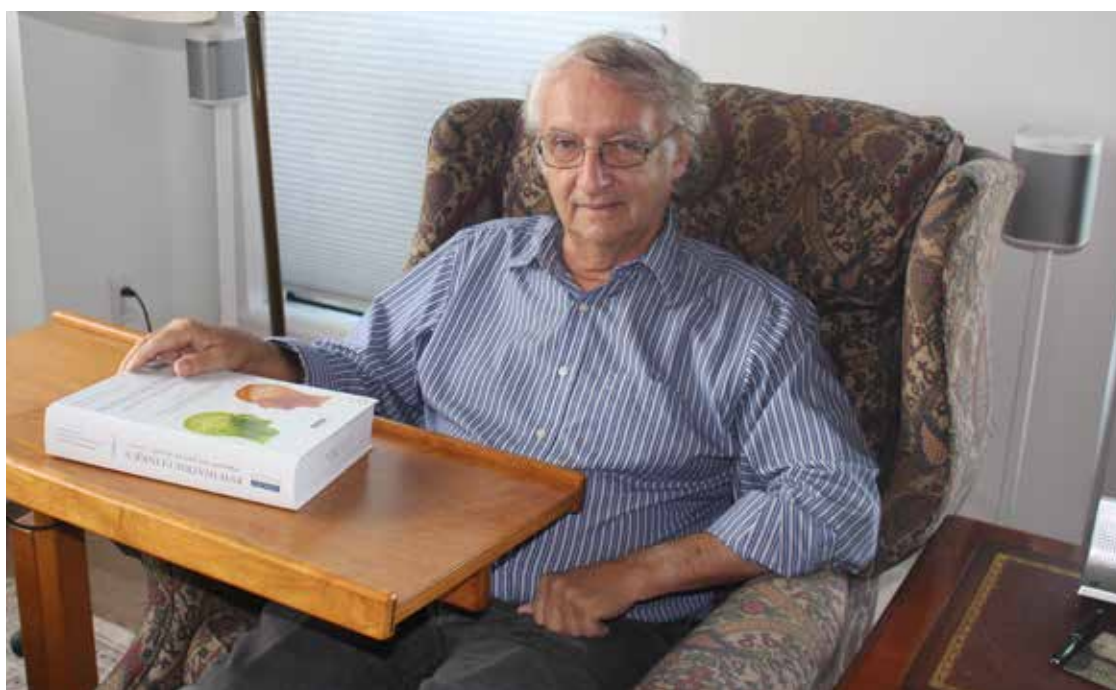
C'est vrai qu'avec un diagnostic, on va donner des pilules. Et l'exemple le plus classique est le TDAH, de

sorte que beaucoup d'enfants, et d'adultes maintenant, reçoivent ce diagnostic et des médicaments pour cela. Beaucoup de médicaments ont aussi été mis au point. Je

faut avoir une bonne formation et un bon sens clinique pour les utiliser. On ne peut pas utiliser les critères à la légère. Le gros désavantage, c'est qu'il n'y a aucune prise de sang, aucune radiographie ou test biologique qui permet de fournir un diagnostic pour la schizophrénie, la dépression, etc. En psychiatrie, on est encore à l'époque de Molière... Dans *Le malade imaginaire*, les médecins argumentent en

ne le subventionnerait plus si ce type de diagnostics était maintenu. L'idée est de changer tous les diagnostics psychiatriques en se basant sur la génétique, la radiologie et les tests sanguins et en combinant différents tests. Vous prenez une clinique de troubles psychotiques avec 3 000 patients à qui vous faites un test quelconque. Vous testez ceux qui sont positifs avec un autre test, et ainsi de suite.

« En psychiatrie, on est encore à l'époque de Molière... Dans *Le malade imaginaire*, les médecins argumentent en latin sur toutes sortes d'observations fantaisistes pour faire leur diagnostic. »



Le Dr Pierre Lalonde, coauteur du livre *Psychiatrie clinique, approche bio-psycho-sociale*, professeur émérite au département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et psychiatre fondateur du Programme jeunes adultes (schizophrénie) de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal.

ne suis pas contre la médication, heureusement que ceux qui ont un TDAH la prennent. Mais est-ce qu'on en donne trop? Il y en a qui disent que oui.

ALORS, COMMENT ARRIVE-T-ON À GARDER UN ÉQUILIBRE ?

Les diagnostics du DSM sont très intéressants parce que bien définis. C'est une nomenclature qui définit les choses clairement, sauf que ce n'est pas vraiment prédictif de ce qui peut arriver dans l'avenir et il

latin sur toutes sortes d'observations fantaisistes pour faire leur diagnostic.

PENSEZ-VOUS QU'ON AURA UN JOUR DES DIAGNOSTICS BIOLOGIQUES ?

Quand le DSM-4 est sorti il y a 15 ans, son auteur principal a dit que le DSM serait étiologique, mais il ne l'est pas. Alors quand le DSM-5 a été publié, le NIMH (National Institute of Mental Health) a prévenu ses auteurs qu'il

Vous allez finir par identifier avec trois ou quatre tests une certaine catégorie de patients et vous allez inventer de nouveaux diagnostics pour catégoriser ces patients que vous avez maintenant identifiés biologiquement. Et ça, c'est l'illusion du NIMH! Parce que dans la réalité, la psychiatrie n'est pas que biologique. Même si on trouve des gènes, comme ils sont plastiques à l'environnement, cela ne prouvera rien et la psychiatrie restera bio-psycho-sociale. ■

Suivez le rythme de l'actualité

L'actualité pharmaceutique
L'INFOLETTRE DES PHARMACIENS

Abonnez-vous dès maintenant
ProfessionSanté.ca