

DISCUSSIONS ET DÉBATS

# LA DÉPRESSION DANS LE DSM-5

Recherche menée par **Julien-Daniel GUELF**

Professeur émérite de l'Université Paris Descartes, PARIS.



FONDATION  
Pierre Deniker  
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN  
SANTÉ MENTALE

## La dépression dans le DSM-5

La cinquième version du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM-5) a été publiée en Mai 2013. Elle est le fruit de travaux importants échelonnés à partir de l'année 2000, jusqu'à l'acceptation définitive du contenu par l'Association Américaine de Psychiatrie, présidée par David Kupfer, Professeur de Psychiatrie de Pittsburg. Dans cet article, le Pr. Julien Daniel Guelfi, coordinateur général de la traduction française, présente les modifications importantes du DSM-5 : la disparition de l'évaluation multiaxiale, l'attention accrue portée à l'utilité clinique des catégories et des critères, la nouvelle structure en 20 catégories dans la section II, et la section III, encore à l'étude. Le Pr. Guelfi détaille successivement les deux nouvelles catégories de la section II (« Le trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur », réservé à l'enfant entre 6 et 18 ans et « Le trouble dysphorique prémenstruel »), puis les principales modifications apportées aux catégories préexistantes de cette section (ex. la suppression du critère d'exclusion du deuil, la modification de structure de la dépression chronique ; les nouvelles spécifications des formes cliniques susceptibles d'avoir un intérêt sur le plan thérapeutique). Les principales nouveautés de la section III sont présentées (ex. « les épisodes dépressifs avec une hypomanie de courte durée », « le deuil persistant compliqué », « le comportement suicidaire et les lésions auto-infligées non suicidaires », l'importance des évaluations psychométriques dimensionnelles). Les changements dans le DSM-5 ne sont peut-être pas révolutionnaires, mais les nombreuses améliorations apportées devraient aboutir à une meilleure caractérisation des patients déprimés et auront des répercussions importantes au niveau des études empiriques.

### SOMMAIRE

|  |      |
|--|------|
| <b>De quels résultats communément admis disposons-nous ?</b> | p.3  |
| <b>Comment les obtenons-nous ?</b>                           | p.3  |
| <b>Qu'en tirons-nous comme connaissances ?</b>               | p.4  |
| <b>Conclusion</b>  | p.8  |
| <b>Références</b>  | p.9  |
| <b>Biographie</b>  | p.10 |

**NOTA BENE :** Les numéros entre crochets dans le texte correspondent aux références bibliographiques situées à la fin du document (Exemple : [1] correspond à Ref. [1] sur la page 9).

## De quels résultats communément admis disposons-nous ?

1. **DSM** est l'acronyme de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; IV est le numéro de version (il s'agit ici de la quatrième version de ce manuel, publiée en 1994 ; la première version datait de 1952) ; TR est l'acronyme de Texte Révisé, qui correspond à une mise à jour du texte datant de 2000. La dernière version de la classification est le DSM -5.

2. **La Task Force** : Une force opérationnelle, appelée task force en anglais, est une forme d'organisation temporaire créée pour exécuter une tâche ou activité donnée.

3. David Kupfer : **Consulter le lien**

4. David Goldberg : **travaux référencés sur PubMed** : Consulter le lien

5. **Evaluation multiaxiale du DSM IV** : Le DSM-IV comprend cinq axes distincts : **Axe I** : Les troubles cliniques ; **Axe II** : Les troubles de la personnalité et le retard mental ; **Axe III** : Affections médicales générales ; **Axe IV** : Facteurs psychosociaux et environnementaux ; **Axe V** : **Échelle d'évaluation globale du fonctionnement**.

Le DSM-5<sup>1</sup> [1] a été publié en mai 2013. Il est le fruit de travaux importants qui se sont échelonnés à partir de 2000, date de parution du texte révisé du DSM-IV, jusqu'à l'acceptation

définitive du contenu du DSM-5 par la Task Force<sup>2</sup> de l'Association américaine de psychiatrie, présidée par David Kupfer<sup>3</sup> Professeur de psychiatrie de Pittsburg.

## Comment les obtenons-nous ?

### LES TRAVAUX PRÉLIMINAIRES

Les auteurs du DSM-5 ont eu à leur disposition, pour élaborer le texte définitif, le travail publié en 2010 par David Goldberg et collaborateurs<sup>4</sup> [2] ainsi que l'ensemble des réflexions et des suggestions du groupe de travail sur les troubles de l'humeur pour le DSM-5.

Ce groupe a été présidé par Jan A. Fawcett et le texte a été coordonné par Ellen Frank. Les 12 autres membres de ce groupe de travail sont bien connus dans la littérature internationale sur les troubles de l'humeur : Jules Angst, William Coryell, Lori Davis, Raymond DePaulo, David Goldberg, James Jackson, Kenneth Kendler, Mario Maj, Hussein Manji, Michael Phillips, Trisha Suppes et Carlos Zarate.

Les propositions initiales du groupe de travail ont été mises en ligne en février 2010, puis

discutées, et remaniées par la Task Force jusqu'en novembre 2012.

De nombreuses propositions formulées par le groupe de travail n'ont, en définitive, pas été retenues par le Conseil d'Administration de l'Association américaine de psychiatrie, ayant été jugées trop expérimentales et sans justifications empiriques suffisantes concernant leur validité.

### LE TEXTE DÉFINITIF. PRINCIPALES MODIFICATIONS DE STRUCTURE

La plupart des principes généraux des DSM-III et DSM-IV ont été maintenus. Cependant, plusieurs modifications importantes figurent dans le DSM-5, comme la disparition de l'évaluation multiaxiale<sup>5</sup>, une attention accrue portée à l'utilité clinique des catégories et des critères, une nouvelle structure de la classification en 20 catégories principales dans la section II, une nouvelle section enfin, la sec-

**6. Une anamnèse :** ensemble des renseignements fournis par le patient ou par son entourage sur l'histoire des symptômes, sur l'histoire de la maladie ou les circonstances qui l'ont précédée.

tion III, originale, « **Emerging measures and models** », qui donne beaucoup d'importance aux évaluations psychométriques dimensionnelles, à un modèle alternatif hybride mixte de la personnalité, ainsi qu'à plusieurs catégories diagnostiques qui nécessitent des études complémentaires avant d'être définitivement adoptées dans la classification officielle. Plusieurs de ces catégories concernent les troubles de l'humeur.

J'envisagerai successivement les deux nouvelles catégories figurant dans la section II, puis les principales modifications apportées aux catégories préexistantes de la section II, enfin les principales nouveautés figurant dans la section III.

La version française du DSM-5 a été publiée en Juin 2015. Les traductions proposées ci-dessous doivent être considérées comme non définitives.

## Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

### SECTION II

#### Le trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur. Critères diagnostiques [296.99 (F34.8)]

**A** • Accès de colères sévères récurrentes se manifestant verbalement (p.ex. accès de fureur verbale, rages verbales) et/ou dans le comportement (p.ex. agression physique envers des personnes ou des objets) qui sont nettement hors de proportion en intensité ou en durée avec la situation ou la provocation.

**B** • Les accès de colère ne correspondent pas au niveau de développement.

**C** • Les accès de colère surviennent, en moyenne, trois fois ou plus par semaine.

**D** • L'humeur entre les accès de colère est, de façon persistante, irritable ou colérique, pratiquement toute la journée, presque tous les jours et est observable par les

autres (p.ex. les parents, les professeurs, les pairs).

**E** • Les critères A-D ont été présents 12 mois ou plus. Pendant ce temps, le sujet n'a pas eu de période d'une durée de trois mois ou plus consécutifs sans tous les symptômes des critères A-D.

**F** • Les critères A et D sont présents dans au moins deux parmi trois situations (c.à.d. à la maison, à l'école, avec les pairs) et sont sévères dans au moins une de ces situations.

**G** • Le diagnostic ne doit pas être porté pour la première fois avant l'âge de 6 ans ou après l'âge de 18 ans.

**H** • D'après l'anamnèse<sup>6</sup> ou l'observation, l'âge de début des critères A-E est inférieur à 10 ans.

**I** • Il n'y a jamais eu de période distincte de plus d'une journée pendant laquelle ont été

**7. La manie** (du grec ancien *μανία* / *maniā* « folie, démence, état de fureur ») est un état mental caractérisé par des degrés d'humeur. Pour une définition des troubles de l'humeur, on pourra consulter les descriptions de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS, catégories F30-F39 : [Consulter le lien](#)

**8. Un épisode hypomaniaque** : L'hypomanie (littéralement, « sous-manie »). Contrairement aux maniaques, les individus hypomaniaques sont régulièrement productifs et ne présentent pas de symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations, discours incohérent et désorganisé). Pour une définition de l'hypomanie, on pourra consulter les descriptions de la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'OMS, catégorie F30 : [Consulter le lien](#)

**9. Voir l'article n°20-1: « Comment se fait un diagnostic de dépression », Tableau n°1** (Dr. David Gourion). Le Livre Blanc de la Dépression.

**10. Un trouble du spectre de l'autisme** : pour une présentation des troubles autistiques, voir : [http://www.autisme.fr/?page\\_id=112](http://www.autisme.fr/?page_id=112)

**11. Le trouble de stress post-traumatique** est aussi connu sous les termes de **syndrome de stress post-traumatique**, ou **état de stress post-traumatique**. Il s'agit d'une forme d'un trouble anxieux sévère développé à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante avec une confrontation à des idées de mort.

**12. Anxiété de séparation** : est une inquiétude excessive qui survient chez des enfants séparés de leurs parents. Il s'agit d'un des plus anciens diagnostics de trouble anxieux chez l'enfant.

**13. Voir l'article n°23: « Dépression Bipolaire, aspects Cliniques »** (Dr. Emilie Olié). Le Livre Blanc de la Dépression.

réunis tous les critères symptomatiques d'un épisode maniaque<sup>7</sup> ou hypomaniaque<sup>8</sup>, à l'exception de la durée.

**J** • Les comportements ne surviennent pas exclusivement au cours d'un épisode d'un trouble dépressif caractérisé<sup>9</sup> et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (p.ex. un trouble du spectre de l'autisme<sup>10</sup>, un trouble de stress post-traumatique<sup>11</sup>, une anxiété de séparation<sup>12</sup>, un trouble dépressif persistant (dysthymie).

**K** • Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale ou neurologique.

Ce diagnostic est donc réservé à l'enfant entre 6 et 18 ans. Ce cadre diagnostique concerne des préadolescents ou des adolescents sujets à des accès de colère à répétition que l'on avait peut-être tendance à considérer trop souvent comme appartenant au spectre bipolaire<sup>13</sup>. Les débats soulevés par cette individualisation concernent l'autonomie discutée de ce cadre nosographique et les risques de mauvais usage de la classification qui pourraient conduire à une surmédicalisation de la colère.

### Le trouble dysphorique prémenstruel. Critères diagnostiques

**A** • Au cours de la majorité des cycles menstruels, au moins cinq des symptômes suivants doivent : avoir été présents dans la semaine qui précède les règles, commencer à s'améliorer dans les premiers jours qui suivent le début des règles et devenir minimaux ou absents dans la semaine après les règles.

**B** • Au moins un des symptômes suivants doit être présent :

- > Labilité émotionnelle marquée (p.ex. mouvements d'humeur, brusque sentiment de tristesse, envie de pleurer, hypersensibilité au rejet).
- > Irritabilité marquée ou colère ou augmentation des conflits interpersonnels.
- > Humeur dépressive marquée, sentiments de désespoir ou autodépréciation (idées de dévalorisation).
- > Anxiété marquée, tension, et/ou sentiments d'être noué, nerveux.

**C** • Au moins un des symptômes suivants doit être présent, pour atteindre un total d'au moins cinq symptômes quand les symptômes des critères B et C sont additionnés :

- > Diminution de l'intérêt pour les activités habituelles (p.ex. travail, école, amis, loisirs).
- > Difficulté subjective à se concentrer.
- > Léthargie, fatigabilité excessive ou perte d'énergie marquée.
- > Modifications marquées de l'appétit, hyperphagie, envie impérieuse de certains aliments
- > Hypersomnie ou insomnie.
- > Sentiments d'être débordé ou de perdre le contrôle.
- > Symptômes physiques tels que tension ou gonflements des seins, douleurs articulaires ou musculaires, impression d'« enfler » ou prise de poids.

**N.B.** Les symptômes des critères A-C doivent avoir été réunis pendant la plupart des cycles menstruels au cours de l'année écoulée.

**D** • Les symptômes sont associés à une détresse cliniquement significative ou interfèrent avec le travail, l'école, les activités sociales habituelles ou les relations avec les autres (p.ex. évitement des activités sociales, diminution de la productivité ou de l'efficacité au travail, à l'école ou à la maison).

14. Pour voir les critères de diagnostic d'un épisode dépressif majeur dans le DSM, voir l'article n°20-1: « Comment se fait un diagnostic de dépression », Tableau n°1 (Dr. David Gourion), Le Livre Blanc de la Dépression.

**E •** La perturbation ne correspond pas seulement à l'exacerbation des symptômes d'un autre trouble comme un trouble dépressif caractérisé, un trouble panique, un trouble dépressif persistant (dysthymie) ou un trouble de la personnalité (bien qu'elle puisse se surajouter à chacun de ces troubles).

**F •** Le critère A doit être confirmé par une évaluation prospective quotidienne pendant au moins deux cycles symptomatiques (N.B.: Le diagnostic peut être porté provisoirement avant d'être confirmé).

**G •** Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament ou un autre traitement) ou à une autre affection médicale (p.ex. hyperthyroïdie).

Ce trouble était déjà mentionné dans le DSM-IV, considéré comme une catégorie « à l'essai ». Les résultats de plusieurs études récentes semblent justifier son individualisation. Le risque d'un mauvais usage possible de la classification a néanmoins été vigoureusement dénoncé, entre autres par A. Frances, responsable du DSM-IV.

### Les modifications apportées aux autres diagnostics de dépression de la section II

Le critère d'exclusion du deuil. Dans le DSM-IV, le critère E de l'épisode dépressif majeur<sup>14</sup> empêchait de faire ce diagnostic lorsque la symptomatologie apparaissait au cours d'un deuil. En réalité, le deuil représente bien un facteur de stress parfois sévère, susceptible de précipiter un authentique épisode dépressif chez un individu vulnérable. Les risques de suicide ou d'un deuil complexe persistant sont alors augmentés. Une longue note précise dans le DSM-5 les différences sympto-

matiques qui existent entre la dépression du deuil et l'humeur dépressive de l'épisode dépressif caractérisé : incapacité à anticiper la joie ou le plaisir dans ce dernier cas, sentiments de vide et de perte dans le premier cas. Cette suppression du critère d'exclusion E a soulevé beaucoup de débats, certains redoutant- là aussi- un mauvais usage de la classification qui pourrait conduire à une médicalisation excessive des situations de deuil voire à une sur- prescription médicamenteuse dans un tel contexte.

### La modification de structure de la dépression chronique.

Ce diagnostic- sous le vocable de « trouble dépressif persistant »- regroupe désormais la dépression mineure ou dysthymie et la dépression chronique caractérisée. Le critère B du trouble dépressif persistant est ainsi libellé : Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

- > Perte d'appétit ou hyperphagie.
- > Insomnie ou hypersomnie.
- > Baisse d'énergie, fatigue.
- > Faible estime de soi.
- > Difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions.
- > Sentiments de perte d'espoir.

### De nouvelles spécifications.

Certaines spécifications de formes cliniques existaient déjà dans le DSM-IV, comme les caractéristiques atypiques, les caractéristiques psychotiques, congruentes ou non à l'humeur, ou les caractéristiques saisonnières ; d'autres font leur entrée dans le DSM-5, susceptibles d'avoir un intérêt sur le plan d'une réactivité thérapeutique préférentielle : la détresse anxieuse, les caractéristiques mixtes et le début des troubles dans le péripartum.

15. Voir l'article n° 23 : « Dépression Bipolaire, aspects Cliniques » (Dr. Emilie Olié), Le Livre Blanc de la Dépression.

16. Trouble bipolaire caractérisé de type II est défini par l'existence d'un ou plusieurs épisodes hypomaniaques et un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs.

### Les critères de la détresse anxieuse sont :

- > Les nerfs à fleur de peau.
- > L'agitation nerveuse inhabituelle.
- > Les difficultés de concentration dues à des soucis.
- > La peur que quelque chose de terrible n'arrive.
- > La peur de perdre le contrôle.

La présence de deux de ces symptômes indique un trouble léger, de trois d'entre eux, d'un trouble moyen, de quatre ou cinq, d'un trouble moyen-grave voire sévère-grave s'ils sont associés à une agitation motrice.

### Les critères des caractéristiques mixtes représentent un changement important.

L'existence de signes de mixité n'orientant plus obligatoirement le diagnostic vers un trouble bipolaire<sup>15</sup>. Ces caractéristiques sont :

- > L'humeur expansive élevée.
- > L'augmentation de l'estime de soi ou les idées de grandeur.
- > Le fait de parler plus que d'habitude.
- > La fuite des idées ou l'impression que les idées défilent.
- > L'augmentation des activités à haut potentiel de conséquences dommageables.
- > La diminution du besoin de sommeil.

### Les autres troubles dépressifs paraissent aussi mieux définis que dans le DSM-IV :

- > Trouble induit par un médicament.
- > Trouble dû à une autre affection médicale
- > Autre trouble dépressif spécifié (en raison d'une durée des troubles trop brève ou épisodes de trop courte durée).
- > Trouble dépressif non spécifié (en raison d'informations insuffisantes).

Ces divers aménagements devraient aboutir à une meilleure caractérisation des troubles dépressifs.

## LES TROUBLES DÉPRESSIFS DANS LA SECTION III

Plusieurs des catégories diagnostiques figurant « À l'essai » dans cette section impliquent des modifications de l'humeur. D'autre part, la section III a développé diverses évaluations psychométriques dimensionnelles qui retiennent l'attention.

### Les épisodes dépressifs avec une hypomanie de courte durée (au moins deux mais moins de quatre jours)

De tels épisodes s'observent chez des patients ayant eu au cours de leur vie au moins un épisode dépressif caractérisé et deux épisodes d'excitation de courte durée d'une sévérité insuffisante pour avoir entraîné une altération significative du fonctionnement ou une hospitalisation. Ces patients sont proches des patients bipolaires de type II<sup>16</sup>. Ils représenteraient 2.8% de la population (5.5% ayant une hypomanie ou une manie franches) ; ils seraient plus nombreux parmi les femmes et ils auraient un risque accru de voir se développer un trouble de l'usage de substances toxiques ou une conduite suicidaire (par rapport à ceux qui ont un diagnostic isolé de trouble dépressif caractérisé).

### Le deuil persistant compliqué

Le deuil compliqué est plus fréquent chez la femme. Il touche 2.4% à 4.8% de la population. Il s'agit d'un deuil prolongé, au-delà d'une année, polysymptomatique (au moins six symptômes), avec de nombreuses comorbidités : épisodes dépressifs caractérisés, trouble de stress post-traumatique, troubles de l'usage de substances toxiques, augmentation marquée des risques hypertensifs, cancéreux ou de déficiences immunitaires.

17. Voir l'article n°4 : « Dépression et suicide » (Dr. E. Hantouche), le Livre Blanc de la Dépression.

18. Patient Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS), pour consulter cet instrument : [Consulter le lien](#)

19. Le coefficient de concordance kappa : Le coefficient Kappa est une mesure du degré d'accord inter-juges, c'est-à-dire de la mesure selon laquelle plusieurs personnes utilisant le même instrument pour évaluer une situation vont fournir une évaluation identique.

### Le comportement suicidaire ou conduite suicidaire et lésions auto-infligées non suicidaires ou auto-agression non suicidaire

Ce sont d'autres catégories à l'essai, susceptibles d'être rencontrées dans des contextes pathologiques variés : dépressions<sup>17</sup>, schizophrénie, trouble schizo-affectif, panique, trouble de l'usage de substances toxiques, personnalités antisociales ou borderline, troubles des conduites alimentaires ou troubles de l'adaptation. Le plus souvent, l'objectif de ces conduites est de diminuer les émotions négatives, la tension, l'anxiété ou les auto-reproches. Elles ont, dans le passé, trop systématiquement été considérées comme des troubles du comportement symptomatiques d'une personnalité borderline.

### Les évaluations psychométriques dimensionnelles.

Elles ne sont pas réservées au domaine de la dépression.

Parmi ces mesures, on distingue :

- > Les mesures transversales de premier niveau, 23 questions explorant 13 domaines distincts dont : la dépression, la manie et les idées de suicide au cours des deux dernières semaines.
- > Les mesures transversales de niveau 2 avec, pour la dépression, un questionnaire bref, le Level 2 « Depression PROMIS<sup>18</sup> Emotional Distress- Depression Short- Form », de 8 questions, cotées en 5 points évaluant les sept derniers jours.
- > La sévérité globale du trouble, par le « Patient Health Questionnaire- 9 », les 9 questions étant cotées de 0 à 3 (0 absente, 1 présence de plusieurs jours, 2 présence plus d'un jour sur deux, 3 presque tous les jours), portant sur les 7 derniers jours et correspondant à une dépression : absente, légère, moyenne, moyennement grave ou grave.

## Conclusion

Le DSM-5 ne comprend pas de révolution en matière de classification des dépressions. Plusieurs nouveautés auront cependant des répercussions importantes au niveau des études empiriques. La plupart des principes généraux des DSM-III et DSM-IV ont été maintenus dans le DSM-5. Il existe néanmoins un renoncement- au moins partiel- à deux des grands principes de la classification de 1980, à savoir le fait de privilégier avant tout la fidélité inter-juges des diagnostics (à cet égard, le coefficients de

concordance kappa<sup>19</sup> de l'épisode dépressif majeur est franchement mauvais, de 0,28!) et le fait de n'accepter dans la classification que des nouveautés qui ont fait la preuve de leur supériorité par rapport à l'existant (cela n'est pas le cas de toutes les nouvelles catégories acceptées, notamment du « trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur »). Les nombreuses améliorations apportées à la classification devraient cependant aboutir à une meilleure caractérisation des patients déprimés. ■



## Références

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **ANTOINE CROCO, JULIEN DANIEL GUELFY ET AL.**  
«American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» - «Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux»  
Fifth Edition, DSM-5, Washington DC, 2013 • 947p - Traduction française, sous la direction de Marc, Cinquième édition, Elsevier Masson, Issy les Moulineaux, 2015.
- Ref. [2] **GOLDBERG D, KENDLER KS, SIROVATKA PJ, REGIER DA EDS.**  
"Diagnostic Issues in Depression and Generalized Anxiety Disorder"  
Refining the Research Agenda for DSM-V, Arlington, American Psychiatric Association, 2010.
- Ref. [3] **FRANCES A.**  
«Sommes-nous tous des malades mentaux ? Le normal et le pathologique»  
Préface : B Granger, Paris, Odile Jacob, 2013.
- Ref. [4] **FREEDMAN R ET AL.**  
"Editorial"  
Am J Psychiatry, 2013 • 170 (13 auteurs)

### AUTRES LIENS UTILES

- Site du DSM : [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)
- Site de l'Association américaine de Psychiatrie : [www.psychiatry.org](http://www.psychiatry.org)
- [France Dépression](#)
- [SOS Dépression](#)
- [Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie \(FNAPSY\)](#)
- [Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques \(UNAFAM\)](#)

## Biographie



### Julien-Daniel GUELF

Professeur émérite de l'Université « Paris Descartes » ; Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Prs P Gorwood et F Rouillon). 100 rue de la santé, 75674, Paris Cedex 14ur

.....

### COORDINATION SCIENTIFIQUE

**Galina IAKIMOVA**, chargée de mission pour la Fondation Pierre Deniker, Paris ; Maître de conférences de psychologie à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

### DÉCLARATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊT

#### Conflits potentiels d'intérêt.

L'auteur déclare avoir eu en cours des trois dernières années des activités de conseiller-consultant pour les firmes pharmaceutiques suivantes : Astra Zeneca, BMS-Otsuka, Lundbeck, Pfizer et Servier. Il a par ailleurs participé à la publication d'ouvrages spécialisés pour les Editions Lavoisier et Elsevier-Masson (Traduction française du DSM -5 en collaboration avec Marc-Antoine Crocq et al., 2005).



FONDATION  
Pierre Deniker  
.....  
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN  
SANTÉ MENTALE