



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



1 Mémoire
2
3 La CIM et le DSM ou l'impossible validation : pourquoi le ver est dans le fruit
4 ICD and DSM, the invalidable

5 J.-R. Foucher^{a,*,b,c}, V. Bennouna Greene^{a,b}

6 ^a Uds, Inserm U666, clinique psychiatrique, hospices civils de Strasbourg, HUS, 1, place de l'Hôpital, 67000 Strasbourg, France

7 ^b Uds, université de Strasbourg, Strasbourg, France

8 ^c Inserm U666, physiopathologie clinique et expérimentale de la schizophrénie, Strasbourg, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 27 août 2009

Accepté le 2 décembre 2009

Disponible sur Internet le xxx

Mots clés :

Classification
Épistémologie
Nosologie
Psychoses
Schizophrénie
Validité

Keywords:

Classification
Epistemology
Nosology
Schizophrenia

RÉSUMÉ

Les classifications internationales en psychiatrie, la CIM et le DSM, ont permis un accroissement rapide des connaissances factuelles sur les troubles qu'elles définissent, sans que cela se soit accompagné d'un accroissement de leur validité. La notion de validité n'est applicable qu'aux classifications scientifiques. Celles-ci cherchent à modéliser la réalité de phénomènes naturels. Ce qui est validable dans une classification scientifique, c'est ce modèle. En médecine, une maladie correspond à un modèle étiopathologique de la déviation morbide d'un processus naturel. Or, la CIM et le DSM étant athéoriques, ils ne reposent sur aucun modèle et sont donc invalidables. Ainsi, l'utilité de ces classifications doit être limitée à la pratique technique. À vouloir les appliquer en science, ces instruments ne peuvent que ralentir toute avancée basée sur la méthode classique des corrélations cliniques.

© 2010 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

Introduction. – The international classifications in psychiatry, i.e. ICD-10 and DSM4R, enabled a fast increase of factual information on the disorders they have defined. The improvement of reliability accounts for most of their success. But this did not come with an increase in validity. We will argue that these classifications are not “validatable” by questioning some of the postulates that guided their elaboration. *Method.* – We will state the epistemological principles underlying scientific and medical classifications and compare them with those at work in psychiatric classifications. Examples, mainly from the field of psychoses, will be given to illustrate the core differences.

Result. – Validity is a notion that can only apply to scientific classifications. Scientific classifications aim at providing a model for an external reality, i.e. a natural phenomenon. The validatable part of a classification is the model on which it relies, not the definition that ensues from the model. Medicine has adopted the scientific way of classifying. Accordingly, in nosology, the term “disease” applies to natural morbid entities defined by a model, relevant to their aetiology or pathophysiology. This aetio-physiopathological model alone can be validated. ICD and DSM utility are, by construction, oriented towards practical and/or technical objectives. Hence, their framework is not adapted to the pursuit of scientific goals. The most challenging is the atheoretical orientation, which deprives the classifications from their only validatable part, i.e. the model underlying symptoms grouping. It is therefore worthless to attempt to accredit the invalidable, i.e. the symptomatic definitions of the disorders. Nevertheless this has been attempted by the “external validators” approach. The above-mentioned epistemological error is embedded in the external validator approach, which has inevitably failed to hold its promises.

Conclusion. – It is urgent to clarify the utility of ICD and DSM in psychiatry, i.e. epidemiology and clinical practice. To rely exclusively on them for aetio-physiopathological scientific investigations can only hinder any progress towards the discovery of the cores of psychiatric diseases.

© 2010 Published by Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : jack.foucher@laposte.net (J.-R. Foucher).

« On ne saurait trop le répéter, la folie n'est pas une maladie unique, pouvant revêtir les formes les plus diverses, variables à l'infini au gré des individualités et des circonstances, dépendant de l'éducation ou du milieu dans lequel ont vécu les individus qui en sont atteints. Ces circonstances accidentelles peuvent bien imprimer des diversités secondaires, plus apparentes que réelles, aux manifestations les plus saillantes de la folie, mais elles n'agissent pas profondément sur l'essence même de la maladie. Le progrès le plus sérieux qu'on puisse réaliser dans notre spécialité consistera dans la découverte d'espèces vraiment naturelles, caractérisées par un ensemble de symptômes physiques et moraux, et par une marche spéciale. »
J.-P. Falret, *Traité des maladies mentales*, p. XXXI (1854-1864) [5]

Nous vivons une époque de transition. De nouveaux instruments de classification sont en cours d'élaboration et visent un objectif ambitieux : progresser vers une classification valide des troubles psychiatriques [14]. Il nous semble cependant que ce prodigieux effort cherche à courir deux lièvres à la fois, en forçant à concilier pratique clinique et science [18].

Si l'utilisation clinique de la CIM [17] et du *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) [1] a été une avancée majeure, leur utilisation en recherche a été un échec. Nous avançons l'hypothèse que cela n'est pas uniquement lié aux difficultés du problème, mais aussi à la mauvaise utilisation des classifications psychiatriques. L'impasse actuelle est le fruit d'une erreur épistémologique ayant contraint la recherche à adopter des regroupements qui, à défaut d'avoir été valides d'emblée, ne peuvent progresser vers une meilleure validité. En effet, une classification est en science, donc en médecine, avant tout un modèle, donc une théorie. En nosographie médicale classique, les modèles sont étio-physiopathologiques. Or, la définition de troubles sur la base d'une phénoménologie clinique farouchement athéorique exclut par définition toute optimisation d'un modèle scientifique. On ne valide pas une classification en tant que telle, on valide le modèle sur lequel elle s'appuie. Pourtant, la plupart des chercheurs tendent à valider ces classifications en utilisant le principe des « validateurs externes ». Cette impossibilité pour les chercheurs de sortir du modèle imposé par la CIM ou le DSM, que ce soit par autocensure ou sous peine de ne pouvoir publier, a rendu la génération et le test de modèles alternatifs quasi impossible, malgré toute la puissance des moyens d'investigation actuels.

Après un rapide historique des classifications contemporaines, nous exposerons les concepts de fiabilité, d'utilité et de validité. Nous détaillerons les différences entre classifications scientifiques et classifications techniques ou pratiques et expliciterons le problème inhérent au concept des validateurs externes.

1. Historique des classifications psychiatriques internationales : fiabilité et athéorisme

Jusqu'à la fin des années 1950, la nosographie psychiatrique internationale était fondée sur les principes étiologiques de la psychanalyse (DSM-1 et 2, CIM-6 et 7). Mais l'opposition grandissante à l'encontre de celle-ci a motivé la recherche d'une classification alternative [7]. Dans la planification de la CIM-8, des philosophes des sciences ont été invités à s'exprimer et l'intervention de Carl Hempel en 1959 a été influente [9]. Le propos de Hempel n'était pas de remettre en question le substratum théorique (psychanalytique) des classifications, mais de tenter de comprendre en quoi elles ne paraissaient pas satisfaire les critères d'une classification scientifique. Hempel, d'inspiration positiviste, a suggéré que le problème le plus critique concernait la fiabilité des diagnostics, rendue délicate en raison du flou des concepts psychanalytiques.

La fiabilité est une des propriétés des classifications, qui se définit par la reproductibilité interobservateurs d'un classement, dans notre cas d'un diagnostic, ainsi que par sa reproductibilité intra-observateur à deux instants différents. Hempel donnait l'exemple du « ressenti schizophrénique » (*praecox feeling*). Il trouvait ce signe beaucoup trop « observateur- ou contexte-dépendant » pour permettre une bonne reproductibilité inter-observateur. Il en découle que, sans faire de faute pour autant, les observateurs peuvent en venir à des diagnostics très différents, rendant difficile toute tentative de validation par l'observation ou l'expérimentation.

Afin de pallier ce problème, Hempel proposa d'opérationnaliser les définitions. Cette idée est issue de la physique où elle a été théorisée et appliquée par Bridgman [4]. Opérationnaliser signifie définir des termes descriptifs (les troubles) comme le résultat d'une opération, afin qu'ils puissent être appliqués sans ambiguïté. Cette clarification de la terminologie était, selon lui, une étape incontournable pour rendre les hypothèses susceptibles d'être testées. De cela résultent les définitions logiques du type : si au moins n symptômes de la liste sont présents, pendant une durée d , et si les symptômes a et b sont absents, alors il s'agit du diagnostic D .

Bien que ce ne fût pas du tout le propos de Hempel, Lewis se fit le chantre d'une psychiatrie athéorique qu'il imaginait plus « scientifique » [16]. Il influença de façon décisive l'orientation de la CIM-8 vers une critériologie opérationnelle certes, mais surtout purement descriptive, dénuée de toute influence théorique pour éviter que celle-ci biaise les observations [6,16,21]. Si ce principe était essentiellement destiné à se débarrasser à l'époque de l'influence de la psychanalyse, il est resté jusqu'à aujourd'hui un véritable dogme des classifications psychiatriques internationales et fonde encore la CIM-10 et le DSM-4R. Son acceptation est telle que toute suggestion n'allant pas dans ce sens génère indifférence, moquerie, voire agressivité... surtout dans le monde scientifique, ce qui, comme nous le verrons, est paradoxal.

Cette approche a volontairement exclu tout symptôme pour lequel il n'y avait pas une bonne fiabilité intercotateur avérée ou supposée. Exit donc des symptômes nécessitant une bonne formation afin d'être mis en évidence. Sont aussi exclus les symptômes jugés trop subjectifs car suspects de n'être pas fiables. Par exemple, il n'est plus question de lire une expression sur un visage (douleur, perplexité...), bien qu'il soit démontré que toute subjective que puisse être cette interprétation, la fiabilité intercotateur reste excellente, même en cas de cultures différentes [7]. Par esprit d'efficacité, tout symptôme jugé trop rare a aussi été exclu. Ce fut le cas des paramnésies ou des confabulations fantastiques qui ont de ce fait disparu de la description des psychoses. Et, surtout, absence de toute interprétation des symptômes par un facteur unificateur caché. Il n'est plus question de séparer un ralentissement de la pensée d'un ralentissement psychomoteur comme nos prédécesseurs l'avaient proposé¹. La notion de symptômes secondaires n'a plus cours et il n'est plus question de différencier une anxiété psychotique pure d'une anxiété secondaire à une inhibition de la pensée telle que le patient ne comprenne plus ce qui se passe autour de lui. Les symptômes ne s'interprètent plus les uns par rapport aux autres pour tenter d'en trouver un principe unificateur, mais se juxtaposent par simple addition. Il a fallu simplifier, unifier, rendre accessible, et ce au prix d'un nivellement par le bas de la psychopathologie. L'adoption des

¹ Il est pourtant possible de différencier un ralentissement de la pensée d'un ralentissement psychomoteur en contrastant la lenteur à répondre à des questions simples évoquant des réponses automatiques (nom, âge) à celle observée lors de questions plus complexes impliquant des fonctions contrôlées (mémoire autobiographique épisodique). Un rallongement proportionnel est évocateur d'une atteinte principalement psychomotrice, alors qu'il est plus probable d'avoir un ralentissement idéatoire si seules les réponses contrôlées sont affectées.

133 symptômes de premier rang de Schneider et al. [20] dans les
134 psychoses, encore nettement perceptible aujourd'hui, est une
135 illustration de cette démarche : faciles à mettre en évidence lors de
136 l'interrogatoire, ils ne répondaient à aucun principe organisateur,
137 au moins initialement².

138 La méthode d'élaboration de ces classifications a été le
139 consensus d'un collège international de « experts » (ou national
140 pour le DSM). À titre d'exemple, cela s'est traduit dans le cadre des
141 psychoses par l'acceptation de la dichotomie la plus largement
142 admise : trouble de l'humeur et schizophrénie. Autrement dit, le
143 minimum commun. Cette dichotomie, issue de la sixième édition
144 de son *Lehrbuch*, est loin de la complexité des idées de Kraepelin
145 détaillées dans la huitième édition [12,13], et surtout des
146 améliorations qui ont suivies [2].

147 2. Comment dire qu'une classification est bonne ou mauvaise ?

148 La réponse à cette question pourrait surprendre, mais il n'y a pas
149 de classification qui soit meilleure qu'une autre dans l'absolu.
150 Certaines classifications sont meilleures que d'autres pour un
151 objectif particulier. Autrement dit, une classification est toujours
152 faite dans un but précis, c'est ce que l'on entend sous le terme
153 d'utilité [7,10]. Ainsi, la classification de la matière la plus utile à un
154 physicien ou un chimiste est le tableau périodique des éléments de
155 Mendeleïev, parce qu'elle correspond à un modèle à partir duquel il
156 est possible de faire des prédictions expérimentales. À l'inverse,
157 pour un trader, ce sera le cours de la bourse des matières premières
158 qui lui sera utile pour savoir que vendre ou acheter.

159 3. Quelle est l'utilité des classifications internationales ?

160 Initialement, Lewis demandait à ces instruments de permettre
161 d'établir des statistiques épidémiologiques concernant les troubles
162 psychiatriques. C'est d'ailleurs le sens de l'acronyme DSM. Mais
163 avec l'usage, ces classifications se sont révélées aussi très utiles
164 pour permettre l'accumulation de données descriptives sur
165 l'évolution et la réponse thérapeutique des différents troubles.
166 Autant de renseignements précieux qui offrent une base solide à la
167 prise de décision pour les psychiatres. Partant du constat qu'une
168 étude hors CIM ou DSM ne pouvait être utilisée à bon escient pour
169 la pratique clinique par la communauté psychiatrique, la plupart
170 des éditeurs des grandes revues ont décrété que rien ne pourrait
171 être publié hors CIM ou DSM.

172 Tout cela n'est finalement rien que du bon sens et parfaitement
173 logique ; mais emportés par le mouvement, la grande majorité de
174 chercheurs qui travaillaient sur l'étiologie ou la physiopathologie
175 des psychoses ont aussi adopté ces catégories diagnostiques
176 dénuées de tout fondement théorique et ne devant surtout pas en
177 comporter.

178 Or, si dans le cas d'une accumulation de données descriptives,
179 ces classifications ont une utilité technique ou pratique évidente,
180 leur utilité scientifique est contestable. Mais en quoi les
181 classifications scientifiques diffèrent-elles des classifications ayant
182 d'autres utilités ?

183 4. La conception réaliste de la science et la notion de maladie

184 La nosographie médicale se veut scientifique [7]. La science se
185 propose de décrire et d'expliquer des phénomènes naturels qui
186 existent en dehors du processus de description lui-même. C'est en
187 ce sens que l'on parle de conception « réaliste » de la science,
188 justifiant son recours constant à l'observation et à l'expérimenta-

² La distinction « soi/autre » est une interprétation apparue secondairement à la description de cette liste de symptômes.

189 tion pour s'assurer que le modèle que nous nous faisons de la
190 nature correspond au mieux à la réalité.

191 Une maladie est « une entité morbide naturelle », comme
192 l'écrivait Jean-Pierre Falret dans la citation mentionnée dans
193 l'introduction [5]. Il signifie par là qu'elle correspond à une réalité
194 extérieure. Cette réalité est une déviation spécifique par rapport à
195 un processus physiologique normal, nuisant à l'équilibre ou à la
196 subsistance même d'un individu.

197 4.1. À l'inverse du réalisme, la position idéaliste

198 Pour ceux qui tendraient à penser que la conception réaliste est
199 la seule possible, rappelons qu'en philosophie, certains ont adopté
200 une prise de position inverse, en postulant que tous les concepts,
201 dont ceux issus des sciences, n'ont pas d'existence propre en
202 dehors de la représentation que nous nous en faisons. Ces
203 représentations ne seraient qu'un mode de description pratique,
204 mais sans correspondance avec une réalité naturelle. Cette position
205 philosophique est dite « idéaliste », voire dans sa forme extrême
206 « nominaliste », i.e. les choses n'existent que par le nom que nous
207 leur donnons [7].

208 Il est amusant de constater que le chercheur qui adopte, sans la
209 remettre en question, la définition de la schizophrénie comme une
210 liste de symptômes telles que celles de la CIM ou du DSM, adopte
211 en fait une position nominaliste : « J'ai défini la schizophrénie par
212 cette liste de symptômes, donc elle existe. » Une telle position ne
213 gêne en rien une activité technique (clinique), mais elle réfute, *de*
214 *facto*, l'idée de décrire une réalité extérieure, fondement de toute
215 approche scientifique.

216 5. Comment décrire un processus pathologique naturel ?

217 Certes, une maladie se manifeste par des symptômes, mais ce
218 niveau de description est inadapté. Ainsi, derrière le symptôme
219 « céphalée » se cachent un grand nombre de maladies différentes.
220 En revanche, comme on suppose qu'il s'agit du dérèglement d'un
221 processus physiologique normal, ou d'un processus morbide non
222 présent normalement, on peut décrire une maladie soit par la cause
223 de ce dérèglement, soit par les mécanismes déréglés (Fig. 1). Le
224 premier mode de description correspond à l'étiologie d'une
225 maladie, c'est celui que nous utilisons lorsque nous définissons
226 la maladie de Huntington par la répétition de triplets CAG dans le
227 gène de la huntingtin. Le second mode de description d'une
228 maladie est physiopathologique. C'est celui que nous utilisons
229 lorsque nous définissons la maladie de Parkinson comme la

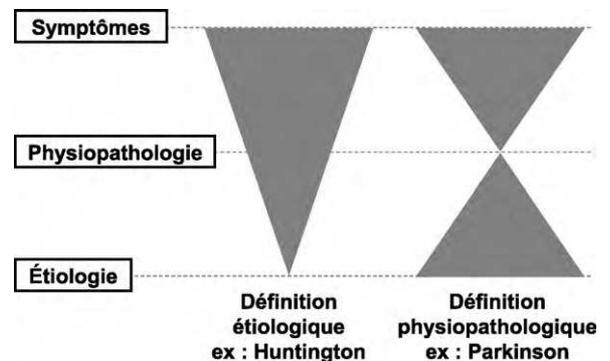


Fig. 1. Illustration des niveaux de définitions des maladies en médecine classique. Pour la maladie de Huntington, c'est l'étiologie qui sert de base à la définition, l'expression symptomatique peut être diverse. Pour la maladie de Parkinson, il s'agit de la physiopathologie. On admet alors des étiologies différentes et des symptômes divers. Quel que soit le niveau de définition, il correspond à un goulot d'étranglement par lequel toutes les formes de la maladie doivent passer, mêmes celles dont l'expression est la plus inhabituelle.

déplétion de la substance noire en cellules dopaminergiques. Nous savons que celle-ci répond à de multiples étiologies, héréditaires (a-synucléine, parkine...), ou environnementales (paraquate, pugilistique, vasculaire...). Nous savons aussi que d'autres structures, comme le tubercule olfactif, sont atteintes dans la majorité des formes, souvent avant que ne s'expriment les signes cliniques de la maladie. Mais dès lors que les symptômes les plus gênants (extrapyramidaux) peuvent être rapportés à l'atteinte d'une seule et même structure, celle-ci suffit à définir la maladie de Parkinson. Il s'agit bien sûr d'une simplification, une attitude « réductionniste » classique en science.

À noter que dans les deux cas, une description purement symptomatique n'aurait pas pu aboutir au même résultat. Elle aurait mélangé des maladies différentes. Ainsi, la maladie de Huntington aurait été mêlée aux autres chorées (Seydenham, neuro-acanthocytose, vasculaire...) et la maladie de Parkinson, aux autres pathologies entraînant un syndrome extrapyramidal (dégénérescence multisystématisée, paralysie supranucléaire progressive...). À l'opposé, une description purement symptomatique peut séparer par excès. Ainsi, en ne se référant qu'aux symptômes, les pathologies vasculaires auraient été difficiles à unifier. Un accident vasculaire cérébrale ischémique peut se manifester par une hémiplégie, une aphasie de Broca ou de Wernicke, etc. Pourtant, chacun admet une physiopathologie commune : l'obturation d'une artère cérébrale.

Le bon niveau de description pour une classification médicale scientifique n'est donc pas symptomatique, mais étiologique ou physiopathologique.

6. En quoi la CIM ou le DSM ne sont pas des classifications scientifiques ?

Un diagnostic CIM en psychiatrie n'a rien à voir avec la plupart des diagnostics CIM des autres disciplines médicales. Ce fait est d'ailleurs apparu clairement aux rédacteurs des manuels de la CIM et du DSM, puisqu'ils ne prétendent nullement classer des maladies comme pour le reste de la médecine, mais des troubles (*disorders*) [3]. Un trouble est défini par un ensemble de symptômes dont on suppose l'évolution connue³.

À l'inverse, en nosographie, la notion de maladie est définie certes par un ensemble de symptômes, mais surtout par le fait qu'ils répondent soit à une même étiologie, soit à une même physiopathologie. Celles-ci n'ont pas besoin d'être totalement validées pour être acceptées. Il s'agit souvent d'une hypothèse de travail, d'une théorie, voire d'un modèle pour expliquer les symptômes en partant des causes. C'est là une démarche scientifique. Autrement dit, classer les symptômes en maladies poursuit un objectif scientifique avant tout, c'est son utilité.

Si nous prenons la maladie de Huntington, elle est définie par son étiologie, i.e. une amplification du nombre de triplets CAG dans le gène de la huntingtin. La chaîne de causalité qui part de cette étiologie pour aboutir à l'expression clinique est encore incomplètement connue, mais la force de l'association et son caractère plausible supporte largement cette hypothèse. À l'inverse, la maladie de Parkinson est définie à un niveau physiopathologique. Le modèle dopaminergique est le plus adapté pour expliquer l'expression clinique de la maladie (Fig. 1).

Pour la psychiatrie, la CIM et le DSM, en se voulant purement descriptifs et dénués de tout apport théorique, ne peuvent être des classifications d'utilité scientifique.

³ Le terme de syndrome a souvent été évité pour désigner cet ensemble de symptômes, car en médecine classique, la validité de cette association était souvent assurée par des corrélations anatomocliniques. En psychiatrie, on aurait pu définir ces associations de symptômes comme plus fréquentes que ne le voudrait le hasard, mais aucune étude n'avait été menée dans ce sens. Le consensus faisait foi.

7. Une classification scientifique est un modèle en quête de validité

Il serait faux de croire qu'une classification nosographique n'est qu'un mode de représentation pratique des sciences médicales. En médecine comme dans le reste de la science, une classification est avant tout un modèle. La classification périodique des éléments est un modèle de représentation de la matière sous-tendu par le concept d'atome, et modélisant les réactions chimiques entre ces éléments. En médecine, une classification scientifique modélise les étiologies ou les processus physiopathologiques qui sont à l'origine des symptômes morbides observés. Et plus ce modèle permettra d'expliquer les observations, meilleure sera la classification visant des fins scientifiques, car cela signifie que le modèle se rapproche de la réalité des processus pathologiques naturels [7]. Le degré de correspondance entre le modèle et les phénomènes qu'il cherche à expliquer correspond au concept de validité du modèle, et donc par extension au concept de validité d'une classification.

Ce concept n'a donc de sens que pour les classifications scientifiques dès lors que celles-ci prétendent décrire des phénomènes naturels existant dans une réalité extérieure au processus de description lui-même : une classification scientifique est un modèle d'autant plus valide qu'il ne peut être mis en défaut par l'observation ou l'expérimentation.

8. À quoi servent les modèles en science ?

Les sciences ont en commun une démarche hypothético-déductive contrainte par l'observation [8]. Il s'agit d'un cycle d'activité visant à optimiser un modèle du fonctionnement de la nature en rendant la plus faible possible les différences entre prédictions et observations (Fig. 2). Accessoirement, il s'agit aussi de rendre le modèle le plus général possible.

Ce cycle part initialement d'observations en milieu naturel. Celles-ci vont permettre d'en induire un modèle, ou une hypothèse, sur la façon dont la nature fonctionne (ou dans notre cas dysfonctionne). À partir de là, le cycle s'embraye. Du modèle ainsi généré, il est possible de déduire des prédictions, autrement dit certaines observations dans des situations différentes des précédentes. C'est là que le scientifique se remet à observer, soit en conditions naturelles, soit plus fréquemment en conditions de laboratoire pour contrôler le maximum de paramètres. Il obtient donc de nouveaux résultats qu'il va comparer aux prédictions du modèle. Cette comparaison débouchera sur la décision du caractère adapté ou non du modèle, autrement dit sur la validité du modèle. Cette décision est souvent prise sur des bases statistiques, la variance liée aux paramètres non maîtrisés restant d'autant plus conséquente que le système étudié est complexe. Dans le cas où le modèle s'est révélé imparfait, le scientifique va induire de cette différence un nouveau modèle pouvant expliquer le plus large corpus de données possible avec un minimum d'exceptions.

Dans la pratique, il existe souvent plusieurs modèles concurrents pour expliquer les mêmes phénomènes. La recherche la plus pertinente vise alors à imaginer une situation expérimentale dans laquelle les prédictions déduites à partir de chaque modèle sont suffisamment différentes, voire s'excluent mutuellement, pour que la réalisation pratique de l'expérience permette de trancher en faveur de l'un ou l'autre des modèles.

Les classifications sont un type de modèle particulier, et la médecine qui se veut scientifique se sert des causes (étiologies) ou de la physiopathologie comme hypothèses organisatrices de ces classifications. L'objectif scientifique est de valider ces modèles, le plus souvent en montrant qu'il n'est pas possible des les invalider ou de les falsifier. Il en résulte qu'il n'est pas possible de dire que le

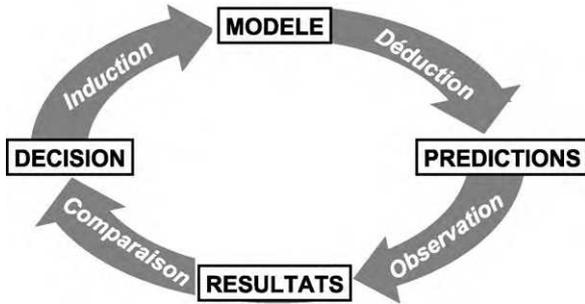


Fig. 2. Cycle d'optimisation de la validité des modèles scientifiques. Les étapes sont affichées dans les rectangles et les processus qui permettent de passer d'une étape à une autre sont écrits dans les flèches. La démarche scientifique part d'une série d'observations auxquelles par induction on propose un modèle explicatif. Par exemple, on observe qu'environ 75 % des psychoses, au sens anglo-saxon du terme, c'est-à-dire délire et hallucinations, répondent aux traitements antidopaminergiques. On en induit l'hypothèse qu'une hyperdopaminergie serait responsable des troubles psychotiques. De ce modèle peuvent être déduites un certain nombre de prédictions. Par exemple que le taux d'occupation des récepteurs dopaminergiques devrait être augmenté chez les patients. Cela nous amène à effectuer de nouvelles observations dans un cadre naturel ou expérimental telle une mesure en PET du taux d'occupation des récepteurs. Les résultats sont comparés à ceux prédits par le modèle et mènent à une décision : les prédictions du modèle sont confirmées et le modèle peut être maintenu en l'état, ou infirmées conduisant à réévaluer le modèle. Dans notre exemple, les mesures striatales des taux d'occupation D2 sont en accord avec le modèle. En revanche, la mesure des taux d'occupation D1 au niveau préfrontal va à l'inverse de la prédiction. Le modèle doit donc être réévalué et on induit qu'il existerait une hyperdopaminergie sous-corticale et une hypodopaminergie corticale, aidé en cela par d'autres résultats obtenus chez l'animal. De ce modèle réactualisé découlent de nouvelles prédictions, etc. Le cycle est amorcé. Il cherche à optimiser l'adaptation du modèle à la réalité, c'est-à-dire sa validité, tout en le gardant le plus simple possible (principe de parcimonie).

modèle de la maladie de Huntington existe, mais qu'il n'a pas (encore) été mis en défaut. Il n'y a pas de vérité absolue en science [7].

9. Pourquoi une classification en fonction du processus morbide est-elle largement adoptée en médecine ?

Une maladie n'est pas un catalogue de signes sans lien logique entre eux comme pour les troubles psychiatriques définis par la CIM et le DSM. La seule connaissance du principe organisateur, étiologique ou physiopathologique suffit à la définir. Il en découle un certain nombre de propriétés pratiques que ne possèdent pas les classifications symptomatiques actuelles :

- elle est économique en définissant une maladie par son plus petit dénominateur commun plutôt que par une pléthore de symptômes. La Fig. 1 illustre cette idée de goulet d'étranglement qui suffit à lui seul à la définition d'une maladie ;
- par son caractère explicatif elle permet d'en inférer des moyens d'action thérapeutique les plus adaptés. Dès lors qu'une catégorie est homogène sur le plan de l'étiologie ou de la physiopathologie, elle est prédictive d'une réponse thérapeutique. Vu sous l'angle médical, cela répond à une utilité technique, pratique, d'où son adoption⁴. Mais cela n'est qu'une conséquence. Vu sous l'angle scientifique, le succès d'une thérapeutique est une validation de l'hypothèse sur la chaîne

⁴ On parle parfois de validité prédictive. Cependant, ce concept est trompeur car il ne permet pas de comprendre que la notion de validité se réfère obligatoirement à un modèle. Certes si le modèle est juste, il devient prédictif d'une réponse thérapeutique ou d'un pronostic, mais la classification n'est pas valide parce qu'elle a une validité prédictive. Elle est valide parce que le modèle qu'elle définit explique l'ensemble des observations. Ce point sera détaillé plus loin dans le paragraphe sur les validateurs externes.

de causalité qui définit la maladie. Ainsi, dans la maladie de Parkinson, l'hypothèse stipulant que « la déplétion de la substance noire entraîne une hypo-dopaminergie qui est la cause du syndrome extrapyramidal » a été démontrée par l'amélioration clinique sous L-Dopa ;

- ce qui vient d'être dit pour le traitement est aussi vrai pour établir les examens paracliniques qui confirmeront un diagnostic. À un moindre degré, c'est aussi utile pour établir le pronostic ;
- la nosographie classique permet d'établir un lien logique entre les symptômes, le pronostic, les examens paracliniques et le traitement. L'apprentissage en est facilité ;
- enfin, seule la connaissance étio-physiopathogénique permet de reconnaître des formes exotiques dans leur expression et d'éviter de les confondre avec d'autres dont le traitement serait différent.

Ainsi, pour les médecins, une classification scientifique comporte nombre d'atouts utiles à un objectif technique ou clinique, c'est-à-dire comme aide décisionnelle. Cependant, il arrive qu'une classification plus descriptive soit plus « économique » et donc préférée. Ainsi, il existe différentes catégories dans la CIM et le DSM en fonction de l'intensité d'un retard mental tel que mesuré par le QI [1,17]. Personne n'imagine que ces entités correspondent à des maladies, mais cette représentation est pratique pour établir un pronostic fonctionnel, la possibilité ou non de poursuivre une scolarité normale, proposer une prise en charge, etc. Dès lors qu'elle est suffisante pour une bonne prise en charge, elle est plus économique que la connaissance de plus de 300 maladies associées à un retard mental recensées à ce jour. Ces dernières intéressent le spécialiste.

10. En quoi l'utilisation de la CIM ou du DSM pourrait nuire à l'avancée des connaissances sur les psychoses ?

L'utilisation « rigide », « obligatoire » et surtout « athéorique » d'une classification symptomatique en psychiatrie ne peut nous permettre de progresser dans la compréhension des processus pathologiques. En neurologie, discipline sœur, les classifications sont en constant remaniement avec l'avancée des connaissances, car les modèles sont réactualisés en permanence, au fur et à mesure qu'observations et expérimentations permettent de les affiner. À titre d'exemple, la neurologie a connu durant ces 20 dernières années une explosion des catégories diagnostiques dans le domaine des épilepsies et des démences.

Mais en psychiatrie, dès lors que l'on s'interdit de changer un iota de la classification à des fins de reproductibilité, et surtout que l'on se passe d'hypothèse ou de modèle en raison d'une volonté d'athéorisme, toute recherche étiologique ou physiopathologique est dénuée de sens. En effet, comme nous l'avons vu, en science, les modèles évoluent par un constant cycle d'optimisation : d'un ensemble d'observations, on infère un modèle, ce dernier permet de faire un ensemble de prédictions, qu'il est possible de tester par de nouvelles observations permettant à leur tour de proposer des améliorations à apporter au modèle, etc. Ce cycle vertueux, tendant à rendre le modèle de plus en plus valide, est anéanti à partir du moment où tout modèle est interdit. En effet, en l'absence de modèle à tester, il n'y a pas de validation possible. En conséquence, ces classifications ne peuvent être validées, contrairement au projet de leurs initiateurs.

Concrètement, imaginons, comme le propose l'école de Wernicke-Kleist-Leonhard, très minoritairement diffusée dans le domaine des troubles psychotiques, que ce que nous appelons aujourd'hui schizophrénie soit en fait un mélange de 58 pathologies différentes (71 si l'on considère l'ensemble du spectre psychotique, c'est-à-dire troubles de l'humeur inclus) [15]. Dans cette classification, les entités ne se calquent que très imparfaitement sur les catégories schizophrénies versus troubles de l'humeur

de la CIM ou du DSM. Il est vrai que certaines d'entre elles se manifestent soit sous une forme soit sous une autre, en fonction des épisodes. Comment mettre en évidence une étiologie ou une physiopathologie à cet ensemble hétéroclite si nous nous interdisions d'en étudier une sous-forme particulière ?

11. Les validateurs externes comme *ersatz* de validité

Dans l'idée de ceux qui ont promulgué ces classifications, il n'était pas question de sacrifier la validité. Outre-Atlantique, Robins et Guze [19] sont crédités d'avoir proposé un programme de recherche devant accroître la validité de nos classifications « athéoriques ». Ce programme est basé sur le concept de validateur externe, comme le nommeront leurs successeurs [11]. Un validateur est un paramètre non utilisé explicitement ou implicitement dans la définition de deux troubles, d'où l'adjectif « externe », et qui, parce qu'il est distribué différemment entre ces deux entités, justifie leur séparation. Une histoire familiale, un signe clinique non utilisé dans la définition, des données démographiques (sexe, âge de début), des tests biologiques, une imagerie, une réponse au traitement, une évolution du trouble, etc., sont autant de validateurs externes possibles. À titre d'exemple, la séparation entre trouble bipolaire de type I et II a été avalisée en raison d'une agrégation familiale jugée suffisamment différente entre ces deux formes.

Le problème le plus important tient à ce que les validateurs externes ne correspondent pas véritablement à la notion de validité. En effet, celle-ci suppose que la définition même de la maladie repose sur le modèle ou l'hypothèse physiopathologique ou étiologique dont on cherche à éprouver la validité. Ce modèle doit aboutir à des prédictions qu'il est possible d'invalider. Normalement, la clinique ne sert en aucun cas de critère de définition contrairement à ce que suggère le programme de recherche ci-dessus. Il n'est donc pas à proprement parler possible de valider une classification purement descriptive.

La différence validité/validateur est subtile, mais ses conséquences sont considérables car ces deux concepts ne posent pas la même question. La validité pose la question du modèle et est une démarche scientifique classique : mon modèle explique-t-il valablement l'ensemble des observations ? La question de la différence entre deux troubles ne se pose pas, elle découle directement de la réponse à la première. Si les deux troubles répondent au même modèle, il s'agit de la même maladie dont l'expression est simplement différente. Si, à l'inverse, il faut un modèle différent pour chacun, les deux troubles sont deux maladies distinctes.

À l'inverse, le programme de recherche basé sur le concept de validateur teste une proposition différente : est-ce que ma définition clinique du trouble A est corrélée à des propriétés différentes de ma définition clinique du trouble B ? Puis-je modifier l'une ou l'autre définition pour que la différence soit encore plus marquée, quelle que soit la nature de cette différence ? Et nous n'insisterons pas sur le fait que cette approche risque d'être longue, et qu'à notre connaissance, elle n'a jamais permis d'isoler une maladie dans les autres domaines de la médecine. Même en l'adoptant, il demeure, comme le soulignait fort justement Kendler [11], le problème de choisir la meilleure définition si les validateurs ne pointent pas tous dans la même direction. Il donnait l'exemple de la définition DSM-3R de la schizophrénie qui avait bien réduit la probabilité de porter ce diagnostic dans des psychoses de bon pronostic⁵, mais qui s'est avérée trop restrictive dans les études d'agrégation familiale. On voit ici que l'idée des validateurs externes n'implique pas l'utilisation d'un modèle, c'est en fait une façon de contourner l'athéorisme des

⁵ Pourtant le validateur « cours évolutif » n'est pas totalement externe à la définition d'un trouble qui exige une durée d'au moins six mois. Il n'aurait théoriquement pas dû être utilisé.

classifications. Ainsi, ils ne contraignent pas la classification à avoir une utilité scientifique. Dans l'exemple ci-dessus, si le clinicien est intéressé par le pronostic (validateur externe : cours évolutif), le scientifique s'intéressera par exemple à l'hypothèse héréditaire comme étiologie (validateur externe : agrégation familiale).

La confusion validité/validateurs reste compréhensible. En médecine, il existe de nombreux cas où le modèle étiophysio-pathologique répond à la définition d'un validateur externe. Ainsi, la découverte de la dépopulation neuronale de la substance noire dans la maladie de Parkinson répondrait à la définition d'un validateur externe. Mais on aurait pu aussi séparer la forme de Parkinson du sujet jeune, de celle du sujet âgé, comme certains ont proposé de le faire pour les troubles bipolaires, ou les schizophrénies. Dans la maladie de Parkinson, le validateur externe trouble cognitif aurait appuyé cette distinction, puisque statistiquement la forme du sujet jeune a un bien meilleur pronostic cognitif que la forme du sujet âgé.

Ainsi, un validateur externe ne fait pas d'hypothèse étiophysio-pathologique, il n'envisage que la possibilité d'une corrélation avec des symptômes sans faire l'hypothèse d'un lien de causalité. Il entretient ainsi la confusion entre classification d'utilité technique (clinique) et classification scientifique.

12. Conclusion

À l'origine, Kraepelin, en séparant la psychose maniaco-dépressive des démences précoces, avait à l'esprit une hypothèse scientifique selon laquelle le cerveau des démences précoces devrait présenter des anomalies anatomopathologiques caractéristiques. Une hypothèse somme toute raisonnable dès lors qu'il caractérisait ces formes par une évolution quasi dementielle, le *verblödung* (littéralement : devenir idiot). Ses recherches ne lui ont pas permis de confirmer son hypothèse, mais il avait adopté une démarche hypothético-déductive classique.

Pour des raisons historiques, les classifications psychiatriques, en voulant poursuivre un double objectif technique et scientifique, sont sorties de cette démarche. Par leur caractère obligatoire, purement phénoménologique et athéorique, elles ont rendu impossible toute approche scientifique classique basée sur les corrélations de la clinique avec l'anatomie, l'imagerie, la physiologie, la biologie ou la génétique. Cet échec reste encore largement masqué par les succès descriptifs et techniques de ces classifications. Mais en l'absence d'une clarification de leur utilité par les instances qui les promulguent, cet état de fait risque de perdurer, et l'objectif d'une classification valide souvent mise en avant [14,18] reste inatteignable et utopique. L'intégration ou non des dimensions symptomatiques dans les prochaines éditions, comme le souhaitent leur promoteur, ne changera rien à cet état de fait.

À notre sens, il est temps de séparer pour un temps les classifications actuelles dont l'utilité descriptive et clinique reste incontestable, des classifications de recherche qu'il serait nécessaire de libérer d'un athéorisme et d'une phénoménologie clinique inadaptes. Ainsi, dans le domaine des psychoses, certains chercheurs ont spontanément adopté des stratégies alternatives pour contourner le carcan de ces classifications. Mais ce sera le propos d'un second article.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Remerciements

Nous remercions le Pr Guy Foucher et Mme Elisabeth Rohmer pour leur aide dans la rédaction de ce manuscrit.

563

Références

564
565
566
567
568
569
570
571
572
573
574
575
576
577
578
579
580
581
582
583
584
585
586
587
588

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text, Revision. Washington DC: American Psychiatric Press Inc; 2000.

[2] Beckmann H, Jakob H, Senitz D. The development concept of "endogenous psychoses". *Dialogues Clin Neurosci* 2006;8:101-8.

[3] Bogenschutz MP, Nurnberg HG. Classification of mental disorders., In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. 7th edition, Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry Vol 1, 9, 7th edition Lippincott Williams & Wilkins; 2000p. 824-38.

[4] Bridgman PW. The logic of modern physics. New York: MacMillan Press; 1927.

[5] Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Première édition. Paris: J.-B. Baillière; 1864. Réédition Paris: Sciences en situation; 1994.

[6] Fulford KWM, Thornton T, Graham G. Psychopathology and the theory dependence of data. In: Fulford KWM, Thornton T, Graham G, editors. Oxford textbook of philosophy and psychiatry, 12. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 289-315.

[7] Fulford KWM, Thornton T, Graham G. Natural classifications, realism, and psychiatric science. In: Fulford KWM, Thornton T, Graham G, editors. Oxford textbook of philosophy and psychiatry, 13. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 316-83.

[8] Hailman JP, Strier KB. How to plan research. In: Hailman JP, Strier KB, editors. Planning proposing and presenting science effectively, 1. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p. 1-33.

[9] Hempel CG. Fundamentals of taxotomy. In: Sadler JS, Wiggins OP, Schwartz MA, editors. Philosophical perspectives on psychiatric diagnostic classification. Baltimore MD: Johns Hopkins University Press; 1994[Appendix : 315-32].

[10] Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.

[11] Kendler KS. Toward a scientific psychiatric nosology. Strengths and limitations. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:969-73.

[12] Lifetime editions of Kraepelin in English, Vol 4: Dementia praecox and paraphrenia. England: Thoenmes Continuum, Bristol; 2002.

[13] Lifetime editions of Kraepelin in English, Vol 5: Manic-depressive insanity and paranoia. England: Thoenmes Continuum, Bristol; 2002.

[14] Kupfer DJ, First MB, Regier DE. Introduction. In: Kupfer DJ, First MB, Regier DE, editors. A research agenda for DSM-V.. Washington DC: American Psychiatric Association; 2002. p. 15-9.

[15] Leonhard K. Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology. Second revised and enlarged edition, Wien: Springer Verlag; 1999.

[16] Lewis A. Foreword. In: Glossary of mental disorders and guide to their classification, for use in conjunction with the international classification of diseases, 8th revision. Geneva: World Health Organization; 1974.

[17] Organisation mondiale de la santé. CIM-10/ICD-10 : Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris: Masson; 1992.

[18] Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ. The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatry* 2009;166:645-50.

[19] Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970;126:983-7.

[20] Schneider K, Huber G, Gross G. Klinische psychopathologie. Stuttgart: Thieme; 1992.

[21] Various Contributors. Discussion. In: Zubin J, editor. Field studies in the mental disorders. New York: Grune and Stratton; 1961. p. 34.

589
590
591
592
593
594
595
596
597
598
599
600
601
602
603
604
605
606
607
608
609
610
611
612
613
614
615
616

UNCORRECTED PROOF