

LE DIAGNOSTIC : INEXISTANT MAIS RECONNAISSABLE

Prof. Daniele ZULLINO, Chef de service, **Gabriel THORENS**, Médecin-adjoint et **Gérard CALZADA**, Chef de clinique, Service d'addictologie, Hôpitaux Universitaires de Genève

L'addiction ne se définit pas par son diagnostic. Il est par ailleurs difficile, voire impossible, de mettre tout le monde d'accord sur ce dernier. Pour preuve : les controverses qui accompagnent chaque sortie du DSM. Et pourtant, le diagnostic est capital : de lui dépend la suite de la prise en charge. (réd.)

Au cours des dernières décennies, nous avons pu assister à de nombreuses évolutions des critères diagnostiques concernant les troubles addictifs. Chaque modification dans les deux manuels dominants¹ est précédée et suivie par des débats musclés. Cet état de fait s'est aussi produit pour le DSM-5 publié en 2013.

Ces débats soulèvent de nombreuses questions. D'un côté des questions d'ordre épistémologique : qu'est-ce qu'un bon diagnostic ? Sur quelle base devrait-il être défini ? D'autre part des questions plutôt d'ordre anthropologique : comment se fait-il que des savants peuvent se disputer avec tant de passion sur des questions auxquelles la science devrait pouvoir répondre rationnellement ?

Nous allons dans cet article essayer de montrer que ces disputes peuvent avoir leur origine dans des antinomies concernant des croyances ontologiques du concept de diagnostic lui-même et dans certains cas, de confusions de catégories. Nous allons utiliser une métaphore géographique pour illustrer les différentes catégories d'analyse qu'il s'agira de distinguer.

La métaphore de la Suisse

Nous allons partir du constat – non disputé durant cet article – que la Suisse existe. A partir de ce constat on peut se poser la question de la nature de « cette chose », et ainsi des critères qui permettent de la définir, de la délimiter, de la caractériser et de la comprendre.

Un terrain d'entente possible sur la définition de « cette chose » est le fait de considérer l'existence de frontières géographiques définies, qui sont en grande partie le résultat de combats politiques, de négociations ou de consensus. L'histoire nous enseigne que ces frontières sont provisoires et peuvent être remises en question. Elles sont matérialisées par des signes (bornes, panneaux) pour être facile-

ment repérables, pour que la différence entre le territoire faisant partie de la Suisse et celui appartenant au dehors soit évident pour tout le monde. Ces signes permettent aussi de produire des documents (p.ex. des cartes) qui précisent l'emplacement des frontières.

Il est évident que le territoire de la Suisse est représenté par d'autres signes (p.ex. le pont de Lucerne) que ceux qui la délimitent. Ce sont des symboles intéressants pour caractériser certains aspects de la Suisse (même pour la définir d'une certaine manière), mais ils seront peu adaptés pour décider du dedans ou du dehors.

La frontière de la Suisse n'est bien évidemment pas à confondre avec une description de la Suisse. Connaître les frontières de la Suisse, et même ses frontières internes, ne permet pas de « comprendre » la Suisse. On pourra donc distinguer p.ex. une carte géographique d'un guide touristique. Mais in fine, ni la carte, ni le guide ne remplaceront l'expérience propre du visiteur ou de l'habitant.

Le diagnostic peut ainsi être en même temps un instrument de pouvoir et un objet de luttes de pouvoir.

QUE FAIT UN DIAGNOSTIC ?

Un diagnostic est donc un élément de la nosologie (cf. définitions de l'Encadré et Tableau pour les correspondances avec la métaphore géographique). L'entité qu'il représente peut être étiquetée par des critères diagnostiques. Ceux-ci font partie de la sémiologie du trouble défini par le diagnostic, mais ne représentent habituellement pas toute la sémiologie de ce trouble. La physiopathologie et la psychopathologie permettent éventuellement de conceptualiser les mécanismes d'apparition et d'évolution du trouble et d'élaborer des plans thérapeutiques en conséquence (cf. Figure p.20).

Un diagnostic peut avoir différents effets et ainsi différentes fonctions, qui toutes auront leurs exigences particulières quant à la construction des critères diagnostiques. Un diagnostic est premièrement *descriptif* : il dit (au moins en partie) comment est la maladie spécifique. Deuxièmement, il est *normatif* : il dit comment devrait être l'état des

¹ Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) et la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

choses et que l'état des choses n'est pas comme il devrait être. Troisièmement, il est *prescriptif* : il dit qu'il faut faire quelque chose parce que les choses ne sont pas comme elles devraient être.

Le diagnostic peut ainsi être en même temps un instrument de pouvoir et un objet de luttes de pouvoir. Rappelons qu'un diagnostic peut être utilisé pour soutenir des décisions d'octroyer des compensations financières (assurance maladie, invalidité), pour restreindre ou accorder des responsabilités professionnelles ou tout simplement pour l'admissibilité à des programmes de soins. Un diagnostic est également un champ de contrastes sur lequel peuvent se définir des frontières entre guildes professionnelles (ex. champ de la psychiatrie ou de la neurologie). Ce sont donc des limites qui peuvent faire l'objet de luttes de territoire et d'influence similaires à celles autour du tracé de frontières entre des nations ou des provinces.

Sur quelles bases construire un diagnostic ?

Certaines disputes autour de la construction de diagnostics peuvent être comprises comme des heurts entre différentes façons d'appréhender le monde.

Epistémè-centrisme vs praxis centrisme

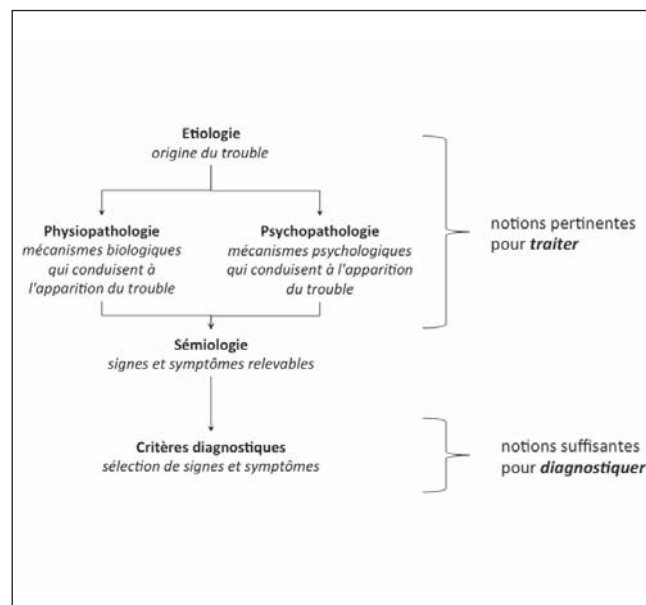
Le processus de développement de la taxonomie est caractérisé par une tension entre deux camps que, à première vue, rien ne devrait opposer : la science et la clinique. Et pourtant, il s'agit de deux domaines avec des cultures parfois incompatibles². La science est naturellement épistémè-centrée, ce qui signifie que ses buts peuvent être de chercher des connaissances et des compréhensions pour elles-mêmes. Si les nouvelles connaissances/ compréhensions ne servent (encore) à rien, pas de problème. Le « vrai » importe davantage que « l'utile ».

L'action du clinicien (et avec lui aussi celle du chercheur clinicien) est principalement définie et encadrée par la pertinence de l'entreprise thérapeutique. Son désir de savoir et de comprendre est *praxis-centré*. La connaissance/compréhension ne l'intéresse qu'en fonction de son utilité clinique.

Si le tenant de la logique épistémè-centrée désire voir se réaliser des valeurs qui concernent des notions de rationalité (p.ex. cohérence, précision, fidélité, justesse), l'adhérent à la logique praxis-centrée recherche des valeurs pragmatiques (p.ex. utilité, applicabilité, facilité d'emploi).

Essentialisme vs nominalisme

On peut aussi distinguer la doctrine de l'*essentialisme* de celle du *nominalisme*. Pour l'essentialiste un diagnostic sert à étiqueter une maladie qui existe *a priori*, qui a existé avant qu'on se pose la question quant à son existence, et qu'il s'agit de *découvrir*. Un diagnostic sera donc bien défini s'il permet de déterminer exactement ce qui constitue l'essence de cette maladie qui existe indépendamment de sa



découverte. Pour l'essentialiste le diagnostic est une chose *naturelle*.

En revanche, pour le nominaliste une maladie est à définir et non à découvrir. Elle sera définie en fonction d'une utilité. Elle existe donc *a posteriori* de sa définition. Un diagnostic sera ainsi bien défini s'il a l'utilité qui a motivé son développement. Pour le nominaliste le diagnostic est une chose politique, le résultat d'un consensus social.

Pour reprendre notre métaphore géographique, un essentialiste épistémè-centré partira de la conviction que la Suisse existe avant même que quelqu'un ait eu l'idée d'une Suisse (elle existe *a priori*) et qu'il serait bien de la découvrir pour la connaissance elle-même. Un nominaliste praxis-centré va par contre considérer que la Suisse commencera à exister du moment qu'on s'est disputé sur son utilité et à partir de son utilité. De ces courtes analyses, certaines disputes autour du développement et des évolutions des diagnostics deviennent peut-être plus compréhensibles.

Modèle bidimensionnel

Une des difficultés rencontrées jusqu'à présent dans la recherche de critères diagnostiques fiables est la grande variabilité interindividuelle des signes et des symptômes pour un trouble donné (p.ex. l'addiction à l'alcool) et la grande variabilité entre les troubles liés aux différents produits (p.ex. addiction à la nicotine vs addiction à l'alcool). Plusieurs auteurs ont proposé comme solution à ce problème des modèles bidimensionnels³.

3 Babor TF, Caetano R. Subtypes of substance dependence and abuse: implications for diagnostic classification and empirical research. *Addiction*. 2006;101 Suppl 1:104-110.

Room R. Substance use disorders-a conceptual and terminological muddle. *Addiction*. 2011;106:879-82; discussion 895.

Drummond C. The end of the dependence syndrome as we know it. *Addiction*. 2011;106:892-4.

Tableau : La métaphore géographique

La Suisse	Le diagnostic	Tâches
Bornes-frontières (p.ex. carte)	Critères diagnostics (Manuel diagnostique)	Délimiter
Caractéristiques de la Suisse (p.ex. documentaire, guide)	Signes / symptômes (Manuel de sémiologie)	Caractériser
Mécanismes géologique, historiques, sociologiques (Livres de géologie, histoire, sociologie etc.)	Mécanismes biologiques, psychologiques (Physiopathologie, psychopathologie)	Comprendre / expliquer (pour intervenir sur les facteurs modifiables)

Ainsi on devrait distinguer un (a) *syndrome central*, l'addiction, qui engendrerait peu de variations symptomatiques et qui serait peu contexte-dépendant, des (b) *conséquences* médicales, psychiatriques et sociales pour lesquelles on trouverait non seulement de fortes variations entre les différents produits mais, aussi fortement dépendantes du contexte, et entre les sujets concernés.

HEAVY USE OVER A PERIOD OF TIME, UNE NOUVELLE PROPOSITION

Un manuel diagnostique est donc un livre qui comprend la taxonomie du domaine médical concerné, dans le cas des troubles addictifs, la psychiatrie. Il inventorie tous les diagnostics actuellement adoptés par l'institution qui publie le manuel. Il énumère les critères nécessaires pour les différents diagnostics. Par contre, il n'est a priori pas sensé être un manuel de psychopathologie ou de physiopathologie.

Un groupe autour de Jürgen Rehm⁴ a proposé récemment une simplification des critères concernant les troubles liés à l'utilisation de substances, simplification qui évite toutes références physio- ou psychopathologiques. La proposition serait d'établir un diagnostic « d'usage intensif sur une certaine période »⁵. Il est argumenté que l'usage intensif est un facteur suffisant pour induire notamment (a) des altérations neurobiologiques sous-jacents à des changements de comportement persistants, (b) des effets physiopathologiques : des phénomènes d'intoxication, de tolérance et de sevrage, (c) des séquelles somatiques, psychiatriques et sociales. *L'usage intensif sur une certaine période* serait sur le plan de la santé publique responsable de la majorité de la charge globale de la morbidité et de la mortalité attribuable aux substances. En prenant simplement le critère « usage intensif sur une certaine période » on disposerait d'une définition qui corrèlerait mieux avec les données empiriques que les définitions du diagnostic actuels.

4 Rehm J, Marmet S, Anderson P et al. Defining substance use disorders: do we really need more than heavy use. *Alcohol Alcohol*. 2013;48:633-640.

5 La question de la période de temps à considérer est laissée délibérément ouverte dans le premier article qui propose l'usage intensif sur une certaine période comme unique critère du trouble d'utilisation de substances (voir note 4)

Mais peut-on faire une taxonomie psychiatrique sans introduire des notions de psychopathologie ? Premièrement, il n'y a pas d'arbre généalogique sans généalogie. Une classification sans théorie sous-jacente ne représenterait formellement pas une généalogie. Deuxièmement, pour que la classification soit cliniquement utile, les diagnostics devraient être corrélés avec ce qu'on peut appeler des « points d'attaque thérapeutiques », des phénomènes biologiques ou psychologiques qu'il s'agirait de viser pour être thérapeutique. Ces cibles thérapeutiques seront cependant en règle générale de l'ordre de l'étiologie, de la physiopathologie et/ou de la psychopathologie et non de la sémiologie.

Un critère diagnostique peut ainsi être plus ou moins bien corrélé avec la présence de ces cibles thérapeutiques. Dans le cas idéal, le critère corrèle parfaitement (a) avec les cibles thérapeutiques, et est (b) identifiable de façon fiable (p.ex. fiabilité interjuges, stabilité test-retest etc.). Il est évident qu'un critère qui corrèle bien avec la cible thérapeutique mais qui reste difficile à identifier de façon fiable sera peu utile. L'inverse cependant risque d'être aussi vrai. Un critère facile à identifier, mais dont le lien avec les cibles thérapeutiques sont aléatoires sera aussi peu utile.

Il est ainsi logique que les conceptualisations étiologiques, physiopathologiques et psychopathologiques devraient précéder la spécification des critères diagnostics et pas l'inverse. Pour ces conceptualisations nous avons cependant besoin d'un *point de départ*, et celui-ci nous est communément donné par des phénomènes observables ou par des récits de patients. Mais ce point de départ est du domaine de la sémiologie. On part donc de ce qui est observable pour dégager un concept qui permet par la suite de sélectionner les phénomènes utiles (les critères diagnostics). On risque donc de faire face à un argument circulaire ou A justifie B qui justifie A.

Le risque des manuels diagnostics est donc la confusion entre le niveau sémiologique (qui fournit les critères diagnostics) et le niveau étio-pathologique (qui fournit la conceptualisation des troubles). La proposition du *Heavy use over a period of time* est a priori une proposition de simplification au niveau des critères diagnostics et pas une

nouvelle conception du trouble addictif. Elle ne met pas en question le syndrome central du modèle bidimensionnel (ce qui serait de l'ordre de l'étiopathogénèse), mais propose une autre sélection de signes / symptômes qui corréleraient mieux avec les conséquences du trouble, c'est-à-dire avec la deuxième dimension du modèle bidimensionnel. Le danger consistera à renverser la logique et passer du « *Heavy use over a period of time* est **suffisant** pour dire ce qui **délimite** l'addiction » vers le « *Heavy use over a period of time* est **suffisant** pour dire ce qu'**est** l'addiction ».

Si la Suisse est ... elle n'est pas ses bornes-frontières. Si l'addiction est ... elle n'est pas ses critères diagnostiques.

Courriel :


Daniele.Zullino@hcuge.ch




SOMMET FRANCOPHONE
SUR LA RÉDUCTION DES MÉFAITS
LIÉS AUX DROGUES

SAMEDI 13 MAI 2017
À MONTRÉAL

ORGANISÉ PAR
 <http://aidq.org>

EN PARTENARIAT AVEC
FÉDÉRATION
ADDICTION 

 GROUPEMENT ROMAND D'ÉTUDES DES ADDICTIQUES

Taxonomie

Le terme de taxonomie désigne la classification des êtres vivants selon une hiérarchie. Elle (1) les décrits et (2) les regroupe en entités (taxons) afin de les (3) identifier, (4) les nommer et enfin (5) les classer et les (6) reconnaître. A partir de cette conceptualisation, le terme a été étendu à d'autres sciences, entre autre la médecine. Le terme lui-même est dérivé du grec taxis (=placement) et nomos (=loi).

Les problèmes conceptuels qui se sont posés dès le début de l'histoire de la taxonomie biologique se retrouvent également dans son dérivé, la taxonomie médicale (=nosologie). Alors que pour le naturaliste Carl von Linné (1707-1778), la nature « ne fait pas de saut », le genevois Augustin de Candolle (1778-1841) insistait sur les discontinuités. Aussi, la taxonomie biologique a connu des mouvements qui allaient d'une organisation selon des principes de ressemblance morphologique vers une organisation qui prenait en compte les théories de phylogénétique (cf. les arbres phylogénétiques), donnant naissance au projet (utopique ?) d'une classification purement généalogique (classification selon le degré d'apparementement évolutif).

Nosologie

La nosologie (du grec nosos = maladie) désigne une branche de la médecine qui porte sur les critères de classification des maladies. Ces critères peuvent se référer à la sémiologie (les signes et symptômes), à l'étiologie (l'origine/les causes de la maladie), et/ou à la pathogénèse (les mécanismes selon lesquels un agent induit une maladie).

Physiopathologie

La physiopathologie est la branche médicale qui traite des perturbations du fonctionnement de l'organisme humain, considérant aussi bien les mécanismes physiques, cellulaires ou biochimiques pouvant conduire à l'apparition d'une maladie et les conséquences de celle-ci.

Psychopathologie

La psychopathologie est l'étude des troubles psychiatriques par les moyens de la psychologie. Elle a ainsi pour objet la compréhension et l'explication des troubles mentaux.

Sémiologie médicale

La sémiologie médicale étudie les signes (observables) et symptômes (décrits par le patient) des maladies décelables à l'examen clinique ou avec des examens complémentaires (p.ex. laboratoire biochimique, neuroimagerie).