

J.-P. BENZÉCRI

Double regard sur le double aveugle

Les cahiers de l'analyse des données, tome 19, n° 3 (1994),
p. 323-334

http://www.numdam.org/item?id=CAD_1994__19_3_323_0

© Les cahiers de l'analyse des données, Dunod, 1994, tous droits réservés.

L'accès aux archives de la revue « Les cahiers de l'analyse des données » implique l'accord avec les conditions générales d'utilisation (<http://www.numdam.org/conditions>). Toute utilisation commerciale ou impression systématique est constitutive d'une infraction pénale. Toute copie ou impression de ce fichier doit contenir la présente mention de copyright.

NUMDAM

Article numérisé dans le cadre du programme
Numérisation de documents anciens mathématiques

<http://www.numdam.org/>

DOUBLE REGARD SUR LE DOUBLE AVEUGLE

[DOUBLE DOUBLE]

J.-P. BENZÉCRI

Шаг вперед в науке делается по закону отталкивания, с опровержения царящих заблуждений и ложных теорий.

Б . Пастернак

1 Thèse, antithèse, synthèse

1.1 Jugements de deux praticiens sur les essais en double insu

Plus de deux ans ont passé depuis la parution de l'article dont la présente note reprend le titre: deux médecins hospitaliers - JCR et HG - répondaient à la question:

“Accepteriez-vous de faire participer vos patients à des études en double aveugle dans des affections engageant le pronostic vital?”.

Réponses pondérées que les leurs, et qui font honneur à leur sagesse de médecin et d'humaniste; mais réponses qui nous paraissent trahir une ignorance de l'analyse multidimensionnelle, qui nous lasse d'autant plus qu'elle est peut-être universelle; ignorance qui appelle une réponse qu'on ne nous reprochera pas, du moins, d'avoir fait éclater dans l'impatience.

Soit T, un traitement qu'on présume avoir une valeur thérapeutique dans un certain domaine de la pathologie: après avoir étudié - en phase 1 - les effets de T sur des volontaires sains; puis apprécié - en phase 2 - sur quelques patients, les bienfaits de T; il reste qu'on doit souvent - en une phase 3 - vérifier la supériorité de T par rapport aux traitements préalablement disponibles: c'est alors qu'on peut recourir à un essai en double aveugle.

S'il y a un traitement reçu T1, d'une certaine efficacité, on essaiera T contre T1; sinon, on essaiera T contre le placebo, T0. Par l'affectation aléatoire du traitement, on s'assure que T1 ne sera pas attribué aux cas les plus graves, comme étant ceux où il est permis de prendre un risque; à moins qu'à

“Un pas en avant, dans la science, se fait suivant la loi de répulsion, en rejetant les erreurs régnantes et les théories fausses”. Boris PASTERNAK.

ces mêmes cas on ne réserve T0, pour épargner un tourment inutile... L'appréciation des résultats en aveugle - par un médecin qui ne sait comment son patient est traité - affranchit des idées *a priori* que celui-là pourrait avoir sur la réponse de celui-ci.

Voilà la cause du double insu, plaidée par le docteur JCR.

Celui-ci souligne d'ailleurs que, d'une part, l'essai peut servir aussi bien à introduire T qu'à l'éliminer; et que, d'autre part, si l'expérimentation sur l'animal, confirmée par quelques cas chez l'homme, atteste une efficacité extraordinaire, on doit se contenter d'étendre la phase 2; sans imposer les règles communes de la phase 3.

Le Docteur HG, quant à lui, renchérit en affirmant que plusieurs des thérapeutiques majeures introduites depuis 50 ans, ont fait voir leur efficacité sans l'arbitrage d'aucun aveugle. Et qu'en tout cas, le praticien, à qui un patient se confie, pour le traitement d'une affection engageant le pronostic vital, doit agir de tout son cœur et de tout son esprit; non en esclave du hasard. Il concède que les études randomisées en double aveugle, puissent être indispensables au progrès de la science; mais il en conteste la légitimité morale; et s'obstine à refuser l'idée du sacrifice de certains au bénéfice de tous.

Le XVII-ème siècle eut des médecins moliéresques; le XXI-ème aura des Médecins Cornéliens.

1.2 La fable du goutteux et du rhumatisant

Mais quelle est l'utilité du double insu?

Rappelons d'abord que, dans bien des cas, les effets particuliers de l'un des deux traitements à comparer font clairement connaître au praticien le lot tiré par son patient: il n'y a alors pas plus de double insu en médecine qu'il n'y en peut avoir en chirurgie. D'ailleurs, s'il s'agit non de bénignes démangeaisons mais d'affection engageant le pronostic vital, les idées *a priori* du patient ou du médecin seront mises à l'épreuve de l'évidence... L'affectation aléatoire reste donc seule en cause.

Les deux médecins ont dit qu'un traitement d'une efficacité extraordinaire se fait reconnaître sans formalités, au bénéfice de tous. Reste donc le cas douteux: traitement T dont on ne sait s'il vaut mieux que le traitement reçu T1, ou que le placebo T0.

C'est alors que l'establishment - puisque nommer le faut de son barbare nom - réclame un grand échantillon, une étude multicentrique...

Nous affirmons que ce n'est pas de celà qu'il s'agit.

Prenons un exemple - qui est une fable, mais dont la morale s'impose.

En un monde imaginaire où goutte et rhumatisme sont des affections également fréquentes, que d'ailleurs les médecins ne songent pas à distinguer..., on entreprend un essai Colchicine / Salicylés, dans les douleurs articulaires. Le résultat de l'essai dépendra des fluctuations d'échantillonnage donnant la majorité à l'un ou l'autre des maux dont chacun des traitements est spécifique.

Et l'on pourra sans fin répéter la formule brocardée par le Docteur HG: "d'autres études seront nécessaires pour confirmer les résultats".

Autre comédie, non moins fâcheuse, si le nombre des goutteux n'est que de 20% du total: on conclura alors péremptoirement qu'il faut retirer des boutiques la colchicine; sans prêter oreille aux médecins qui, par elle, auront obtenu des succès manifestes.

En va-t-il autrement dans notre monde que dans le monde imaginaire?

Les raffinements numériques sur l'estimation d'une variable unique n'ont d'objet que si la différence à estimer est imperceptible: mais alors l'instabilité de l'échantillon les rend illusoirs: c'est l'essai indéfini Colchicine / Salicylate. Sans professer que l'homme répond à une molécule comme quelque circuit électronique à une impulsion, il n'est pas imprudent de considérer l'hypothèse, déterministe, que de deux traitements dont l'efficacité reste à comparer avec finesse, parce qu'aucun ne s'impose absolument, chacun a son domaine propre où il l'emporte sur l'autre. Si ces domaines ont été, au moins approximativement, reconnus, la comparaison dans chacun d'eux relève d'une procédure statistique aussi expéditive que juste.

Par un faux sens anglomanique, on qualifie de significative une différence corroborée par certains calculs: mais un nombre isolé n'est jamais, à proprement parler, pourvu de sens: est seule significative une constellation de modalités de variables qui suggère une entité pathologique. Telle est la véritable question.

Lors même que la différence entre deux taux de succès est nette, subsiste le risque d'éliminer indûment celui des traitements, dont le domaine spécifique est le plus étroit. Qu'un médecin, ne fût-ce que dans peu de cas, note un succès dont il ne connaissait pas d'exemple, suffit à poser un problème qu'on doit se garder de résoudre par assimilation sommaire à un flot de cas indistincts.

Si, face à la complexité de la pathologie humaine, on doit souvent prescrire un traitement dont l'effet n'est pas connu en toute certitude; il convient que les probabilités de succès soient estimées sur des ensembles de cas aussi cohérents que possibles, plutôt que sur des échantillons inanalysés indéfiniment étendus.

1.3 Intuition du médecin et intuition du géomètre

Le praticien de naguères arrêta sa thérapeutique, d'une part suivant une doctrine explicite, d'autre part selon son intuition façonnée implicitement par des cas. Notre thèse est que l'analyse multidimensionnelle des registres de cas doit, en quelque sorte, donner à l'intuition un fondement explicite.

La médecine a aujourd'hui des moyens d'observation puissants: les images artificielles, précises comme des planches d'anatomie pathologique, réduisent souvent à l'évidence des sens des diagnostics naguères épineux. La bactériologie, l'enzymologie, l'immunologie dénombrent, s'il est besoin, les crochets de ces animalcules et corpuscules que les anciens conjecturaient indistinctement sous le nom d'atomes.

Mais la comparaison entre deux drogues pose un problème de nosologie, c'est-à-dire de synthèse des informations. Il faut - *mutatis mutandis* - découvrir, au sein d'un ensemble de cas, qui sera goutte et qui rhumatisme; nous voulons dire: domaine spécifique de Ta et domaine spécifique de Tb - de quelque nom qu'on désigne chaque domaine.

Dès lors, la contrainte devient autre. Le médecin est libre de choisir entre Ta et Tb; mais la comparaison n'est possible que pour autant que sont nettement définis les deux protocoles de traitement et l'unique protocole d'observation - couvrant l'état initial et le cours de la réponse du patient. Des individus dont chacun relève d'une espèce particulière, en effet, n'offrent pas matière à comparaison statistique.

Il n'y a pas de coopération sans crédit... Les essais en double insu ne sont jamais entrepris que pour mettre à l'épreuve une thérapeutique qui a déjà acquis la confiance de certains cliniciens. Un traitement auquel personne ne se confie - serait-il le meilleur - ne fera pas l'objet d'observations. Nous estimons inutile et nuisible l'affectation aléatoire: mais un champ doit être délimité *a priori* si l'on entend constituer un corpus d'observations offrant matière à l'analyse multidimensionnelle.

On demandera aux médecins de suivre, avec rigueur, dans chaque cas, selon leur jugement, l'une ou l'autre des bannières. Les traitements retenus eux-mêmes seront d'abord appliqués avec une fréquence proportionnelle à la faveur dont ils bénéficient *a priori*.

L'essai est entrepris; quelques dizaines de dossiers sont déjà reçus. On peut d'emblée en entreprendre la chromatographie: il revient au calcul statistique multidimensionnel d'étaler les cas sur un axe, sur un plan, dans un espace. Ainsi, ne fera obstacle à la comparaison, ni l'inégale fréquence dans le recours aux traitements Ta et Tb, ni la spécialisation de chacun d'eux à des cas d'un certain type.

La géométrie ne s'enseigne pas en quelques phrases. Des études ont été compilées en un livre; d'autres les ont suivies, publiées en forme d'article. Dans la présente note, nous procéderons autrement: feuilletant des publications, françaises ou étrangères, destinées aux médecins praticiens, spécialistes ou non, nous nous arrêterons à quelques articles - la plupart offrirait matière à nos suggestions - pour construire, à notre guise, un projet d'étude dont nous attendons des conclusions à la fois solides et nuancées.

2 Comptes rendus et suggestions

2.1 Pratique de la thrombolyse dans l'infarctus du myocarde

"Thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: Are inclusion criteria too stringent"; Larry R. HANDLIN, James L. VACEK, in *PostGraduate Medicine*, Mars 1994.

L'infarctus est, en bref, une zone de nécrose déterminée par une oblitération artérielle. Il est donc logique de tenter de limiter l'extension de la nécrose (sinon de rendre son activité normale au tissu déjà nécrosé) en rétablissant la circulation locale par thrombolyse; i.e. en dissolvant le caillot, ou *thrombus* - qui oblitère l'artère - par un agent fibrinolytique tel que la streptokinase.

L'usage d'un thrombolytique n'est toutefois pas sans danger; car introduit dans la circulation, il agit aussi bien en dissolvant le thrombus visé qu'en compromettant l'oblitération de toute rupture vasculaire; avec, notamment, risque d'hémorragie intracrânienne; surtout chez les patients âgés, dont les vaisseaux sont fragiles.

C'est pourquoi les experts ont imposé des règles restreignant la pratique de la thrombolyse aux patients chez lesquels les risques apparaissent négligeables, en regard des avantages espérés. Or, selon les auteurs de l'article, il apparaît que les règles sont trop strictes.

Il faut d'abord considérer qu'une action, dont on attend un bénéfice, présente aussi, généralement, un risque; tandis que l'abstention fait perdre certainement le bénéfice que pourrait procurer l'action, mais réserve la possibilité d'un progrès naturel. Selon l'adage '*primum non nocere*', il ne faut agir que si l'on est assuré de ne point nuire.

Au contraire, la recherche opérationnelle propose, dans toute alternative - entre deux actions, ou entre une action et l'abstention - de considérer ici et là une espérance mathématique de gain (positive ou négative); afin de se déterminer pour le maximum.

Ce schéma probabiliste s'applique bien à un cas modèle où, sans que tout soit connu de façon certaine, la probabilité de chaque issue est, quant à elle,

aussi parfaitement déterminée que celle de tirer un double six en jetant deux dés non pipés. En dehors des modèles mathématiques, et singulièrement en médecine, les lois de probabilité sont d'autant moins connues qu'on ne sait même pas énumérer les issues possibles.

Et, de plus, on doit critiquer la notion d'espérance mathématique ou moyenne confondant nombres grands et petits: ainsi dans tel jeu de hasard, se posera la question morale d'arrêter son choix entre l'action, laquelle 9 fois sur 1000 fait gagner 100 Francs, mais 991 fois fait perdre 1 Franc (soit une espérance mathématique de $-91/1000$); et l'abstention, dont il n'y a rien à craindre ni à espérer.

Mais quelle que soit notre réserve vis-à-vis de calculs qui prétendent régir une décision, il reste qu'il n'est pas raisonnable de s'interdire d'agir dès l'instant qu'il y a un risque notable; sans mettre sur l'autre plateau le risque propre à l'abstention. Telle nous paraît être, ce qu'au fond, implicitement, considèrent LRH et JLV. Mais n'ayant pas sondé leur propre pensée, tout en citant des fréquences calculées d'après des essais, ils aboutissent à un pragmatisme où la statistique n'a plus de place; alors qu'une analyse multidimensionnelle, sans forcer le choix, l'éclairerait.

Ainsi, les auteurs notent que 'dans l'une des institutions participant à l'essai TIMI, relatif à la thrombolyse dans l'infarctus du myocarde', la mortalité intra-hospitalière a été de 2,5% parmi les 1206 patients auxquels les règles en vigueur ont permis d'administrer le traitement, contre 18% pour les 1013 autres.

Or il est clair que la différence entre les deux groupes n'est pas seulement celle entre présence et absence de thrombolyse; les critères pour permettre la thrombolyse, dont le plus facile à citer est 'âge < 75 ans', étant, en eux-mêmes des facteurs de bon pronostic. Avec de tels critères, des taux du même ordre de grandeur que ceux calculés ici pourraient se trouver même si la thrombolyse était totalement inutile, voire quelque peu nuisible.

Voici, aussi peu rigoureux que le premier, mais moins spécieux, un autre des arguments de LRH et JLV. Dans une étude, 80% des patients qui n'ont pas eu d'hémorragie intracranienne, avaient pourtant au moins un facteur de risque pour en avoir une; alors que, dans plusieurs cas, il y a eu hémorragie, sans facteur de risque identifié au préalable.

D'où cette revendication pour l'indépendance des praticiens face aux critères.

'Le jugement clinique doit intervenir dans chaque cas individuel pour un patient, en infarctus du myocarde aigu, qui présente un risque élevé

d'hémorragie intracrânienne.' Revendication accompagnée toutefois d'une règle, mais formulée sans justification statistique. 'En général, nous ne donnons pas de traitement thrombolytique si le patient a eu une attaque (stroke) dans les six mois précédant l'infarctus; ou s'il y a un passé d'attaques hémorragiques; ou une malformation vasculaire intracrânienne.'

Nous apprécions le sens clinique des auteurs; et souscrivons à leurs revendications. Mais à la condition que tout cas d'infarctus soit enregistré; avec, d'une part, un bloc A des variables dont le médecin peut disposer - à l'admission - pour décider du traitement thrombolytique; et d'autre part, B, l'issue: survie; indice de récupération à un mois; accidents éventuels, par hémorragie ou récurrence d'infarctus.

De l'analyse de la correspondance entre A et B, résulterait un étalement des cas selon la gravité et les types de risque; et l'on calculerait, dans chaque zone des taux de succès afférents à la thrombolyse et à l'abstention. La décision du médecin reposerait désormais sur la place du cas nouveau adjoint en supplément à l'analyse d'après le bloc d'information A; i.e. projeté comme un point dans l'étalement des cas dont l'issue est déjà connue; les cas voisins suggérant ce qu'on peut espérer ou craindre selon la décision adoptée.

Le schéma d'analyse proposé ici a été effectivement appliqué pour délimiter les indications de la contrepulsion intra-aortique par ballon: cf. *L'A. des Données en Médecine* etc.; [ANA. MÉD], MA n°1, §2.3; et *CAD*, Vol II n°4, pp. 415 sqq (1977).

2.2 L'infarctus du myocarde sans onde Q et son traitement

"Non-Q-wave myocardial infarction: An incomplete cardiac event requiring an aggressive approach"; J.V. NIXON, in *PostGraduate Medicine*, Avril 1994.

L'onde Q est, en bref, une déflexion négative profonde, sur l'électrocardiogramme, au début de la systole ventriculaire. Elle est l'un des signes de l'infarctus du myocarde, mais un signe inconstant; dont l'absence a pu être prise comme suggérant la bénignité.

L'auteur affirme qu'on est revenu de cette présomption favorable; et propose, au contraire un traitement particulièrement vigilant et actif des infarctus sans onde Q.

Reprenant des études publiées, JVN calcule diverses fréquences: sur 20.000 cas d'infarctus, 5000 (25%) sans onde Q; de ces 5000 cas, un tiers sont des femmes; au lieu d'un quart pour les infarctus avec onde Q... Il suggère des particularités dans les dosages enzymatiques. Reconnaît que les i. sans onde Q, ont une moindre extension dans le muscle cardiaque; mais affirme que dans

un cas sur six, il y a réinfarction à l'Hôpital, la gravité rejoignant alors celle des infarctus à onde Q. Il poursuit en considérant le pronostique à un an; et au-delà.

L'article cite une étude selon laquelle la thérapeutique thrombolytique - par la streptokinase - n'aurait pas sur l'inf. sans onde Q l'efficacité qu'on lui reconnaît sur l'inf. avec onde Q. Mais, quoiqu'il en soit de l'essai thérapeutique sur lequel se fonde cette conclusion, on bute, à chaque pas, sur la comparaison de deux populations distinguées, non par un choix de traitement, mais par un signe dont on n'est pas maître: l'absence ou la présence d'une onde Q. Même si les fréquences calculées par JVN suffisent à tenir en éveil le cardiologue, c'est de la comparaison de deux vues globales qu'il s'agit.

Les faits et hypothèses proposés par JVN, se rapportent à trois temps:

- A, présentation initiale du malade en urgence;
- B, hospitalisation ;
- C, les mois et années qui suivent la sortie.

On comprendra dans A, d'une part, le dossier {âge sexe antécédents cardiaques}; d'autre part, les résultats d'examen {électrocardiogramme enzyme hémodynamique}. Dans B et C, rentrent la récupération de l'activité; et les incidents: réchutes, voire décès. La signification de A, sa valeur pronostique, est révélée par sa correspondance avec B et C; de même, on considérera la correspondance entre {A B} et C.

Mais aussi bien dans l'analyse $A \times (B + C)$ que dans $(A + B) \times C$, on peut choisir diversement la population, l'ensemble des cas. Si l'on prend tous les infarctus avec et sans onde Q, on aura, à supposer que la variable 'onde Q' ne figure pas dans A, un étalement des cas indépendant de cette variable; et l'on pourra, dans chaque zone, apprécier par de simples calculs de fréquence, si toutes choses étant égales d'ailleurs, le pronostique est, ou non, meilleur sans onde Q.

Si l'on fait, pour les infarctus avec onde Q et ceux sans onde Q, des analyses séparées, on aura, peut-être, la surprise de découvrir deux images globales différentes: comme si un même signe revêtait, en la présence et en l'absence d'onde Q des significations différentes; et que, par suite, les signes, ici et là, ne se conjuguèrent pas selon les mêmes symptômes: JVN semble faire une place à de telles différences.

Enfin, on analyserait séparément les cas masculins et féminins: on sait que les infarctus du myocarde frappent inégalement les deux sexes; les différences, relevées par JVN quant à l'absence de l'onde Q, pourraient résulter de tableaux cliniques distincts partiellement liés au sexe.

2.3 Notes brèves

2.3.1 Prévention du cancer du sein par le tamoxifène

Dans son n°321, du 6 Juillet 1994, le *J.I.M.* rend compte de sérieux contretemps dans l'essai de prévention primaire du cancer du sein par le tamoxifène. Le National Cancer Institute (U.S.A.) a décidé de ne plus inclure de nouvelles patientes; le Dr. Andrew ARNOLD, chef du service d'oncologie du centre anticancéreux de Hamilton, a annoncé le retrait de son équipe, motivé par les risques de cancer de l'endomètre...

Dans de telles conditions, on a peine à poursuivre un essai conforme aux exigences communément admises. Mais, de notre point de vue, on peut continuer à recueillir des observations, dont certaines de cas traités par le tamoxifène; dans la mesure où patientes et médecins font confiance au vertu préventives du produit (et pourvu que l'usage n'en soit pas strictement interdit dans cette indication).

En croisant les caractères des patientes à l'entrée (âge, antécédents, variables biologiques) avec le devenir (survenue de cancers, rechûtes...), on définirait des zones, homogènes quant au pronostic, sur lesquelles comparer le devenir des traitées et des non traitées.

2.3.2 Angor instable et infarctus sans onde Q

Dans le n°189, du 20 Juin 1994, d'*ABSTRACT CARDIO*, Éric TISON analyse les conclusions de l'étude TIMI IIIB (publiées dans: *Circulation*, Vol.89, pp.1545-1556; 1994).

L'étude est d'assez grande envergure (1473 patients, dans 31 centres aux États-Unis et au Canada); et fort complexe: avec deux entités pathologiques — angor instable et infarctus sans onde Q (celle-ci déjà considérée plus haut: cf. §2.2) — auxquelles on attribue, toutefois, une étiologie commune: thrombose endocoronaire sans occlusion totale; et, pour compléter une thérapeutique conventionnelle, d'une part, un thrombolytique (t-PA); et, d'autre part, une angioplastie systématique (et précoce) du vaisseau responsable.

Puisqu'il y a deux diagnostics et que chacun des deux traitements complémentaires est attribué aléatoirement, on peut dire que les 1473 patients se répartissent en huit segments.

Sans prétendre reproduire ne fût-ce que les conclusions relevées par É. TISON, nous dirons que l'angioplastie systématique semble offrir quelque avantage; tandis que certains accidents sont dûs au thrombolytique; cependant que les épreuves statistiques utilisées ne décèlent pas, quant à l'essentiel, de différence qualifiée de significative.

Mais É. TISON note que, dans le sous-groupe des sujets âgés de plus de 65 ans, le bilan est favorable à l'angioplastie précoce systématique; que la dose de t-PA était peut-être inadéquate; et qu'en général, le bénéfice d'une action pour certains sous-groupes à haut risque spontané a pu être perdu de vue du fait de la dilution dans la masse des patients à bas risque.

Sur quoi nous ferons deux suggestions.

Compte tenu de l'envergure de l'essai, l'analyse des observations au fur et à mesure de leur enregistrement aurait pu servir à comparer les effets de plusieurs posologies du thrombolytique.

En étalant l'ensemble des cas suivant la gravité des conditions initiales, par croisement avec les modalités du devenir après hospitalisation, on pourrait considérer, zone par zone, l'effet des diverses thérapeutiques; sans que les cas les plus graves soient dilués au sein des patients à bas risque.

3 Observation et diagnostic en psychiatrie

3.1 Les échelles d'évaluation

Pour fonder un diagnostic, les médecins utilisent communément les résultats numériques de mesures physicochimiques ou biologiques. Le psychiatre doit traiter de troubles qui, tout en ayant certains effets physiques observables, ne se peuvent guère caractériser qu'en des termes qui échappent à la mesure directe. Cependant, s'inspirant des méthodes de la psychométrie, la psychiatrie fait désormais grand usage de données numériques.

Prenons l'échelle de dépression de HAMILTON: les modalités de réponse à chacune des 21 questions sont numérotées de zéro, jusqu'à 3, 4 ou 5 selon les questions; ainsi, pour l'*hypochondrie*, on a cinq degrés: de 0 = Absence, à 4 = Idées délirantes hypochondriaques; le milieu étant: 2 = Préoccupations sur la santé. On additionne les 21 notes pour calculer un "total score".

Quant à la qualité des données, on distinguera les notes d'auto-évaluation de celles mises par un clinicien (d'après l'observation directe du patient; ou en interprétant les réponses de celui-ci - des questions orales). Du clinicien, on peut craindre que ses conceptions de la pathologie ne l'incitent à interpréter en termes de syndromes les traits individuels et à mettre des notes qui correspondent à ceux-là plutôt qu'à ceux-ci. Le patient, au contraire, s'appliquera à évaluer les items un par un; mais le niveau des notes choisies par lui dépendra de son équation personnelle.

Des notes calculées par total sur en ensemble d'items, on entend faire l'analogie d'une mesure Physique; la confiance que le psychiatre met dans une échelle reposant, en bref, sur une forte corrélation entre les items et sur la reproductibilité du total.

Critères de diagnostic pour un épisode majeur de dépression

A) Changement, chez le sujet, marqué par la présence, durant une même période de deux semaines, de 5 au moins des 9 symptômes ci-dessous, dont un au moins des deux premiers cités:

- Humeur dépressive
- Intérêt ou plaisir nettement diminué
- Variation notable du poids (augmenté ou diminué)
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation psychomotrice ou ralentissement
- Fatigue
- Mépris de soi ou sentiments de culpabilité
- Moindre faculté de concentration
- Idées fréquentes de mort ou d'autolyse

B) Absence de cause organique ou de grave contrariété, de deuil etc.

C) Il n'y a pas eu, dans les quinze jours précédents, de délire ni d'hallucination sans trouble grave de l'humeur

D) Absence de schizophrénie préalable ou d'autre état psychotique

3.2 Nosographie numérique

Le projet quantitatif culmine dans la construction du DSM III, qui s'applique à embrasser une nosographie complète.

Voici un exemple de système de critères, pour caractériser un "épisode majeur de dépression", donné dans le tableau ci-dessus, d'après S.G. SIMPSON et J.R. DePAULO Jr., qui renvoient explicitement au DSM III (R); (cf. "Are you recognizing depression in your patients?", in *PostGraduate Medicine*, Septembre 1993).

Ne taxons pas trop vite de naïveté les auteurs du DSM III: ceux-ci savent mieux que nous ce qu'il y a d'arbitraire dans leur œuvre, (d'ailleurs sans cesse remise à jour: comme l'atteste le sigle de DSM III (R) cité ici); et c'est par un choix délibéré qu'ils entendent fonder, sur des règles strictes, un système de communication qu'ils veulent universel.

3.3 Utilisation d'un registre de cas comme base nosographique

On sait, d'après plusieurs exemples, qu'en analysant un tableau ayant pour colonnes les items d'une échelle, convenablement codés, et pour lignes des descriptions de patients suivant ces items (chaque patient pouvant être observé plusieurs fois, au cours d'un traitement) on découvre généralement la complexité des traits psychiques qu'expriment les items. De cette complexité, font fi les calculs de totaux et les critères de fréquence.

Il n'est pas moins fâcheux de considérer un domaine de la pathologie, complexe et encore mal analysé, d'après une terminologie qui, pour stricte

qu'elle soit, ne vaut qu'en ce qu'elle renvoie à des cas dont pourtant elle efface la structure.

Or l'on peut aujourd'hui, sur un support léger, enregistrer un corpus de milliers de dossiers médicaux, normalisés de telle sorte qu'ils se prêtent à un traitement informatique. De telles données, l'analyse multidimensionnelle, donnera des images partielles d'après lesquelles un praticien isolé appliquera à tout cas nouveau, qui lui est soumis, l'expérience acquise dans les cas du corpus. En effet, placé en élément supplémentaire, la description du cas nouveau se trouvera entourée de cas déjà traités; propres à suggérer pronostic et thérapeutique. Les histoires de cas appelant l'attention sur les pathologies bipolaires (cf. [4 ÉCH. DÉPR. ANX.], p.415, dépression et troubles de panique).

La terminologie ne sera qu'un système labile d'étiquettes apposé à des groupes de cas conservés dans la complexité de leur description et assemblés, d'après celle-ci, par analyse factorielle et classification. Le corpus des cas étant remis à jour aussi facilement qu'on distribue une publication périodique.

La logique propose des définitions en compréhension - comme ensemble de qualités ; ou en extension - comme ensemble de cas. L'analyse de la correspondance entre cas et items suggère, des rapports mutuels entre ceux-ci, une interprétation qui se prête au discours et au raisonnement. Et les constructions géométriques, plus nuancées que les mots, réservent la place des critiques que nous avons formulées d'abord (§3.1).

Références bibliographiques

G. ADAMES, L. BENYAMINA: "Analyse des réponses de 113 sujets à quatre échelles d'évaluation de la dépression et de l'anxiété utilisées hebdomadairement"; [4 ÉCH. DÉPR. ANX.]; in *CAD*, Vol.XVII, n°4; (1992);

J.-P. BENZÉCRI, M. BOSC, G. D. MAÏTI: "Échelles d'appréciation de l'anxiété et évaluation des plaintes somatiques: analyse de protocoles recueillis dans des essais thérapeutiques"; [ÉCHELLES];

in *CAD*, Vol.XIV, n°3; (1989);

et: *Pratique de l'Analyse des Données en Médecine, Pharmacologie et Physiologie clinique*; [MC1 n°4]; édité par: Statmatic, [6/8 Avenue S. Allende, 93-804, Épinay/Seine; (16.1)48.27.05.49]; (1992).

J.-P. BENZÉCRI: "Validité des échelles d'évaluation en psychologie et en psychiatrie et corrélations psychosociales"; [VALID. PSY.]; in *CAD*, Vol.XVII, n°1; (1992);