

VERS UNE METHODOLOGIE OBJECTIVE EN PSYCHOPATHOLOGIE :

L'APPORT DES NOUVEAUX SYSTEMES DIAGNOSTIQUES

DE LA PSYCHOMETRIE ET DE LA PSYCHIATRIE BIOLOGIQUE

M. ANSSEAU
G. FRANCK

Introduction

L'expertise psychiatrique reste un domaine particulièrement difficile en fonction notamment de l'aspect subjectif de la symptomatologie et de l'aspect interprétatif du jugement clinique. Les progrès récents réalisés dans le domaine de la psychiatrie pourront trouver de plus en plus d'applications dans le champ de l'expertise "objective" des troubles psychopathologiques, particulièrement à trois niveaux : la standardisation diagnostique, l'évaluation symptomatique et la confirmation par des tests biologiques.

La standardisation du diagnostic

Le diagnostic psychiatrique traditionnel a été et est toujours vigoureusement contesté pour de multiples raisons : absence de pertinence du modèle médical appliqué aux affections psychiatriques, utilisation de fondements théoriques multiples, souvent mal délimités, pour la classification et valeur limitée du diagnostic pour les choix thérapeutiques.

Mais sans nul doute, la critique la plus fondée s'adresse à la médiocre fidélité du diagnostic classique (Spitzer et al., 1975). Deux exemples: dans une étude de Kendell et al. (1971), le même patient

(enregistré en vidéo) était diagnostiqué schizophrène par 60% des psychiatres américains et seulement par 2% des psychiatres anglais; selon les Ecoles et les auteurs, le concept de dépression névrotique fait référence soit à : 1° un état dépressif peu invalidant sur le plan social; 2° un tableau clinique ne comportant pas de symptôme psychotique; 3° une absence de symptômes "endogènes"; 4° un état dépressif apparaissant à la suite d'un événement traumatisant habituellement d'origine psychosociale; 5° la conséquence à long terme d'une personnalité mal adaptée; 6° la résultante de conflits intrapsychiques (Klerman et al., 1979).

Cette grande variabilité des concepts diagnostiques utilisés constitue un des problèmes cruciaux en psychiatrie, affectant aussi bien la clinique que la recherche. Un système nosographique doit posséder deux qualités essentielles : la *fidélité* et la *validité* (Spitzer et Fleiss, 1974).

La fidélité apprécie la cohérence avec laquelle les sujets reçoivent un diagnostic et la validité, l'intérêt du système en fonction des différents objectifs poursuivis et particulièrement en psychiatrie : la description phénoménologique, la compréhension de l'étiologie, la prédiction de l'évolution et le choix du traitement. Il n'existe aucune garantie que la fidélité aboutisse à la validité; mais, de toute évidence, une absence de fidélité rendra tout système invalide.

En recherche clinique, en psychiatrie comme dans les autres disciplines médicales, la standardisation du diagnostic est un préliminaire essentiel. C'est le seul moyen de permettre la comparaison ou la reproductibilité des résultats. C'est dans cette optique que divers systèmes diagnostiques contenant des critères opérationnels ont été développés en psychiatrie, tels les Critères de Feighner (Feighner et al., 1972), les Research Diagnostic Criteria (RDC) (Spitzer et al., 1978, Anseau, 1985, 1987) et le Diagnostic and Statistical Manual de l'American Psychiatric Association, actuellement à sa troisième édition revue (DSM-III-R) (American Psychiatric Association, 1987, Guelfi, 1989).

Le DSM-III-R constitue actuellement probablement le meilleur système de classification nosographique car il est le plus largement diffusé et utilisé sur le plan international. Le DSM-III-R est une évaluation multiaxiale

où chaque "axe" se rapporte à une classe d'informations différente; aussi tout patient doit faire l'objet d'une évaluation sur chacun de ces axes. La classification multiaxiale du DSM-III-R comporte 5 axes dont les 3 premiers constituent l'évaluation diagnostique officielle : l'axe I contient les syndromes cliniques, l'axe II contient les troubles de la personnalité et l'axe III les troubles et affections physiques. Les axes IV et V sont utilisables dans des protocoles spéciaux d'études cliniques et de recherche; ils fournissent une information complétant les diagnostics officiels du DSM-III-R et peuvent contribuer à établir un traitement et un pronostic. L'axe IV se rapporte à la sévérité des facteurs de stress psychosociaux et l'axe V évalue le niveau d'adaptation et de fonctionnement le plus élevé dans l'année écoulée.

L'axe I contient des critères opérationnels, c'est-à-dire généralement des symptômes qui doivent être obligatoirement présents ou absents et une durée minimale ou maximale de la symptomatologie, pour l'ensemble des troubles psychiatriques classifiés sous 16 catégories :

1. trouble apparaissant habituellement durant la 1ère et la 2ème enfance ou à l'adolescence;
2. troubles mentaux organiques;
3. troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives;
4. schizophrénie;
5. trouble délirant (paranoïaque);
6. troubles psychotiques non classés ailleurs;
7. troubles de l'humeur;
8. troubles anxieux;
9. troubles somatoformes;
10. troubles dissociatifs;
11. troubles sexuels;
12. troubles du sommeil;
13. troubles factices;
14. troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs;
15. troubles de l'adaptation;
16. facteurs psychologiques influençant une affection physique.

A titre d'exemple, les critères du DSM-III-R de trouble schizophrénique sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 : Critères diagnostiques du DSM-III-R de schizophrénie

- A. Présence de symptômes psychotiques caractéristiques pendant la phase active: soit (1), soit (2), soit (3) pendant au moins une semaine (sauf quand ils répondent favorablement au traitement).
1. deux des manifestations suivantes :
 - a. idées délirantes
 - b. hallucinations au premier plan (toute la journée pendant plusieurs jours ou plusieurs fois par semaine pendant plusieurs semaines, la durée de chaque expérience hallucinatoire n'étant pas limitée à quelques instants)
 - c. incohérence ou relâchement net des associations
 - d. comportement catatonique
 - e. affect abasé ou grossièrement inapproprié.
 2. idées délirantes bizarres (c'est-à-dire impliquant un phénomène considéré comme manifestement invraisemblable dans la culture du sujet, par exemple une divulgation de la pensée, ou l'idée d'être sous l'influence d'une personne décédée).
 3. hallucinations au premier plan (selon la définition donnée sous 1 b) ci-dessus) avec présence d'une voix sans relation apparente avec une dépression ou une élation, ou dans lesquelles une voix commente en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou dans lesquelles deux ou plusieurs voix conversent entre elles.
- B. Au cours de la perturbation, le fonctionnement dans des domaines tels que le travail, les relations sociales et les soins personnels est nettement inférieur au niveau le plus élevé atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de développement social auquel on aurait pu s'attendre).
- C. Un trouble schizo-affectif et un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés, c'est-à-dire si un syndrome

dépressif majeur ou un syndrome maniaque a été présent au cours d'une phase active de la perturbation, la durée totale de tous les épisodes de syndrome thymique a été courte par rapport à la durée totale des phases actives et résiduelles de la perturbation.

- D. Des signes permanents de la perturbation pendant au moins six mois. La période de six mois doit comprendre une phase active (persistant pendant au moins une semaine, ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) pendant laquelle étaient présents des symptômes psychotiques caractéristiques de la schizophrénie (symptômes cités sous A), avec ou sans phases prodromiques ou résiduelles.

L'axe II, qui doit être utilisé indépendamment de l'axe I, contient les critères opérationnels pour le diagnostic de 12 troubles de la personnalité: personnalité paranoïaque, personnalité schizoïde, personnalité schizoïdique, personnalité antisociale, personnalité limite, personnalité histrionique, personnalité narcissique, personnalité évitante, personnalité dépendante, personnalité obsessionnelle-compulsive, personnalité passive-agressive, troubles de la personnalité non spécifiés. A titre d'exemple, les critères diagnostiques de la personnalité paranoïaque sont présentés dans le tableau 2 (p.156)

Le DSM-III-R a donc l'avantage de fournir un langage commun aux différents psychiatres, ce qui est particulièrement important dans le cadre de l'expertise psychiatrique. Le DSM-III-R élimine toutes références théoriques ou étiopathogéniques, par définition subjectives, pour se concentrer sur les éléments observables. L'axe II, avec les critères opérationnels et les troubles de la personnalité, est particulièrement intéressant dans la mesure où il existait jusqu'alors une très grande disparité dans la définition des personnalités pathologiques.

Il faut cependant rester conscient que les catégories diagnostiques définies par le DSM-III-R restent purement descriptives et ne sont actuellement pas validées. Elles devront d'ailleurs être revues et améliorées au fil des futures éditions du manuel.

Tableau 2 : Critères diagnostiques du DSM-III-R de personnalité paranoïaque.

- A. Tendance générale et injustifiée, apparaissant au début de l'âge adulte et présente dans des contextes divers, à interpréter les actions d'autrui comme délibérément humiliantes ou menaçantes, comme en témoignent au moins quatre des manifestations suivantes :
1. s'attend, dans raison suffisante, à ce que les autres l'exploitent ou lui nuisent;
 2. met en doute, sans justification, la loyauté ou l'honnêteté de ses amis ou associés;
 3. discerne des significations cachées, humiliantes ou menaçantes, dans des commentaires ou des événements anodins, par exemple, soupçonne le voisin de sortir ses ordures tôt le matin pour l'ennuyer;
 4. éprouve de la rancune ou ne pardonne pas d'être insulté ou dédaigné;
 5. est réticent à se confier à autrui car éprouve une crainte injustifiée que l'information soit utilisée contre lui/elle;
 6. se sent facilement dédaigné et est prompt à réagir avec colère ou à contre-attaquer;
 7. met en doute, sans justification, la fidélité de son conjoint ou de son partenaire sexuel.
- B. Ne survient pas exclusivement au cours de l'évolution d'une schizophrénie ou d'un trouble délirant.

L'évaluation symptomatique

Au cours de ces dernières années, la recherche en psychiatrie a conduit à développer de meilleurs instruments de quantification de la symptomatologie. En effet, la gravité globale du tableau clinique ainsi que l'intensité

respective des différents symptômes la constituant devaient pouvoir être corrélées à d'autres variables, cliniques, thérapeutiques ou biologiques notamment. C'est avant tout le développement des méthodes d'analyse statistiques qui a rendu nécessaire une quantification aussi objective que possible de la symptomatologie psychiatrique.

Dans ce contexte, de multiples instruments de quantification de la symptomatologie ont été développés. On peut schématiquement les diviser en instruments d'hétéro-évaluation, remplis par un observateur, le plus souvent psychiatre ou psychologue, et instruments d'auto-évaluation, remplis par le patient lui-même.

La finalité des instruments d'évaluation, qu'ils soient d'auto- ou d'hétéro-évaluation, est variée. Certains instruments proposent une évaluation globale de l'ensemble de la psychopathologie en fournissant des notes factorielles de morbidité. Parmi les instruments d'hétéro-évaluation, citons les échelles psychopathologiques et somatiques développées par l'Association de Méthodologie et de Documentation en Psychiatrie (AMDP) (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 1981; Bobon, 1981) ou la "Comprehensive Psychiatric Rating Scale" (CPRS) (Montgomery et Asberg, 1978). A titre d'exemple, l'échelle psychopathologique de l'AMDP comprend un total de 100 items (symptômes) relatifs aux troubles de la conscience, troubles de l'orientation, troubles de l'attention et de la mémoire, troubles formels de pensée, craintes et obsessions, délire, troubles des perceptions, troubles du moi, troubles affectifs, troubles de l'énergie vitale, troubles de la psychomotricité, particularités nyctémérales et autres troubles psychiatriques, qui sont évalués de 0 à 4 (absent, léger, moyen, fort ou très fort) et l'échelle somatique comprend un total de 40 items (symptômes) relatifs aux troubles de la vigilance, troubles de l'appétence, troubles gastro-intestinaux, troubles cardio-respiratoires, autres troubles végétatifs, autres troubles somatiques et troubles neurologiques, évalués de la même façon.

L'analyse factorielle des items psychopathologiques et somatiques a permis de mettre en évidence 14 facteurs principaux : obsessions, dramatisation, anxiété, dépression, apathie-ralentissement, symptômes psycho-organiques, dissociation, délire, manie-agitation, hostilité-irritabilité, insomnie, plaintes somatiques, symptômes neurovégétatifs et symptômes neurologiques.

Ainsi, les échelles AMDP fournissent des notes de gravité pour chacun des symptômes et 14 notes factorielles qui permettent d'apprécier de façon quantifiée le profil symptomatique d'un patient. Parmi les autres instruments d'hétéro-évaluation de l'ensemble de la psychopathologie, la Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE) (Honigfeld et al., 1966) comporte 30 items comportementaux qui doivent être évalués par le personnel paramédical en fonction de leur intensité ou de leur fréquence au cours des 3 derniers jours. La NOSIE fournit une note totale et 7 notes factorielles : 3 facteurs évaluent les comportements positifs (aptitude sociale, intérêts sociaux, et propreté personnelle) et 4 facteurs évaluent les comportements pathologiques (irritabilité, psychose manifeste, ralentissement et dépression).

D'autres instruments, destinés à quantifier l'ensemble de la symptomatologie, doivent être remplis par le sujet lui-même (auto-évaluation). Citons à titre d'exemple le "Symptom Checklist" (SCL-90) (Guy, 1976) qui comprend 90 questions à évaluer selon 5 degrés de fréquence et fournit 8 notes factorielles (sensibilité interpersonnelle, anxiété phobique, dépression, lenteur, colère-hostilité, somatisation, obsessions-compulsions, dépression agitée et psychotisme) et le Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) qui comprend 550 questions à répondre *vrai / faux / je ne sais pas* et qui fournit dans son analyse classique 13 notes factorielles : 4 échelles de validité (? , L, F, K) et 9 échelles cliniques (hypocondrie, dépression, hystérie, déviation psychopathique, intérêt sexuel, paranoïa, psychasthénie, schizophrénie et hypomanie). De nombreuses autres échelles à vocations clinique, diagnostique, thérapeutique ou criminologique ont été extraites du MMPI mais leur validation n'est pas toujours suffisante.

D'autres instruments ont été développés pour évaluer un domaine spécifique de la psychopathologie comme la dépression, l'anxiété, la psychose, la manie, le trouble obsessionnel-compulsif, l'agressivité, la potentialité suicidaire... Il est impossible dans le cadre de cet article de citer l'ensemble de ces échelles dont on trouvera la description dans une récente publication (van Riezen et Segal, 1988). Comme exemple d'échelle de dépression, mentionnons l'échelle de dépression de Hamilton, hétéro-évaluation qui comprend 17, 21 ou 24 items selon les versions, l'échelle de Montgomery et Asberg, hétéro-évaluation de 10 items, l'échelle de Beck, auto-évaluation qui

comprend 13 ou 21 items et l'échelle de dépression de Carroll, auto-évaluation qui comprend 52 questions pour fournir des notes équivalentes aux 17 premiers items de l'échelle de Hamilton. L'échelle la plus internationalement utilisée pour mesurer la symptomatologie anxieuse est l'échelle d'anxiété de Hamilton qui contient 14 items à évaluer de 0 à 4 et fournit une note totale ainsi que des notes d'anxiété psychique et somatique. En ce qui concerne la symptomatologie psychotique, c'est la "Brief Psychiatric Rating Scale" (BPRS) qui est la plus largement utilisée. Elle comprend 18 items à évaluer selon 7 degrés d'intensité.

Au total, l'approche psychométrique de la psychopathologie permet de quantifier de façon précise l'importance des symptômes pathologiques présentés par un patient. Elle fournit un profil "objectif" qui permet de situer le patient au niveau d'une population de référence. Les instruments utilisés actuellement doivent cependant être encore affinés et mieux validés.

L'approche biologique

Au cours de la dernière décennie, un des axes principaux de recherche en psychiatrie a été la mise en évidence de paramètres objectifs (les marqueurs biologiques) des affections mentales (Ansseau, 1986). Ces indices fonctionnels cérébraux peuvent permettre de confirmer le diagnostic, surtout dans les cas difficiles et d'évaluer la gravité de l'affection. En outre, ils peuvent contribuer à la décision thérapeutique et au choix d'un traitement spécifique, avec la possibilité d'objectiver la réponse thérapeutique et le pronostic. Enfin, certains tests biologiques pourraient permettre de détecter les individus "à risques" et orienter vers des mesures prophylactiques.

De nombreux "marqueurs biologiques" des affections psychiatriques ont été proposés. Les plus fréquemment rapportés dans la littérature sont essentiellement de trois ordres : biochimiques, neuroendocriniens et neuro-physiologiques. Sur le plan diagnostique, l'intérêt d'un "marqueur biologique" s'évalue au moyen de deux paramètres : sa *sensibilité* (le pourcentage de patients avec l'affection définie présentant un test anormal) et sa *spécificité* (le pourcentage de sujets normaux et de patients avec un autre diagnostic que

l'affection définie présentant un test anormal). Dans le cadre de cet article, nous développerons à titre d'exemple les principaux marqueurs biologiques de la dépression (Anseau et al, 1984a). Il existe également de nombreux résultats concernant les marqueurs biologiques d'autres affections psychiatriques telles que la schizophrénie, l'alcoolisme, la manie ...

Les marqueurs biochimiques de dépression

L'utilisation des principaux marqueurs biochimiques des états dépressifs repose sur les fondements théoriques des hypothèses monoaminergiques de la dépression qui supposent une diminution de la transmission synaptique cérébrale en sérotonine, en noradrénaline ou en dopamine. Un métabolite urinaire de la noradrénaline, le 3-méthoxy-4-hydroxyphényl glycol ou MHPG serait pour une fraction estimée entre 25 à 50% d'origine cérébrale. Une diminution des concentrations de MHPG dans les urines de 24 heures serait dont l'indication d'une diminution du "turn-over" de la noradrénaline, avec comme implication clinique non seulement l'objectivation de la dépression mais surtout l'orientation vers un traitement par des antidépresseurs augmentant la noradrénaline centrale.

Suivant le même principe, le dosage dans le liquide céphalo-rachidien d'un métabolite de la sérotonine, l'acide 5-hydroxyindolacétique ou 5-HIAA reflète le "turn-over" cérébral de la sérotonine. Des concentrations diminuées de 5-HIAA plaident donc en faveur d'une dépression "sérotoninergique" et orientent vers un antidépresseur augmentant la sérotonine. De plus, cette concentration basse de 5-HIAA pourrait persister en dehors des épisodes dépressifs et constituer un indice de vulnérabilité de l'individu à la dépression (un "marqueur-trait"). En plus, des taux diminués de 5-HIAA ont également été mis en relation avec une perturbation du contrôle des pulsions: tentative de suicide ou suicide violent, agressivité (Van Praag et al., 1987). Cependant, la nécessité d'une ponction lombaire limite nettement l'utilisation du dosage de 5-HIAA.

En pratique, si des concentrations diminuées de MHPG et de 5-HIAA se retrouvent lorsqu'on compare des groupes de déprimés avec des

subjects témoins, la grande variabilité des valeurs entre les sujets rend l'interprétation des résultats individuels difficile. En outre, de nombreux facteurs modifient la concentration de ces métabolites, ce qui nécessite des conditions méthodologiques très strictes pour obtenir des résultats interprétables.

Les marqueurs neuroendocriniens de dépression

Les deux tests neuroendocriniens les plus intéressants en tant que marqueurs biologiques de dépression sont le test à la dexaméthasone et le test à la clonidine.

En ce qui concerne le test à la dexaméthasone, un grand nombre d'études ont démontré qu'environ la moitié des déprimés majeurs présentent un échappement anormalement précoce de la sécrétion de cortisol après administration de dexaméthasone. Le test est actuellement bien standardisé: administration orale d'un mg de dexaméthasone à 23,00 h et mesure du cortisol plasmatique à 16,00 h (et si possible à 23,00 h) le lendemain. Un test anormal (absence de freinage) est défini par une concentration de cortisol supérieure à 5 ug/dl dans l'un des prélèvements. S'il existe un accord général en ce qui concerne la sensibilité du test pour le diagnostic de dépression majeure (entre 40 et 60%), il n'en va pas de même pour sa spécificité. Très élevée (96%) dans les études initiales (Carroll et al., 1981), elle s'est généralement révélée d'environ 85% dans des études plus récentes (Anseau et al., 1987).

Un test à la dexaméthasone anormal permet la confirmation du diagnostic de dépression majeure, particulièrement lorsque la symptomatologie n'est pas claire, comme dans la dépression masquée ou lorsque plusieurs symptômes sont imbriqués. Un test anormal implique la nécessité d'un traitement pharmacologique et constitue d'ailleurs un indice prédictif d'une réponse favorable à ce traitement. Cependant, le test à la dexaméthasone ne permet pas de sélectionner un antidépresseur spécifique. La répétition du test au cours de l'épisode dépressif permet de suivre l'évolution de l'état clinique et la réponse au traitement. En effet, le test à la dexaméthasone se normalise avec

l'amélioration clinique, voire même légèrement avant celle-ci. Un test à la dexaméthasone qui reste anormal en fin d'hospitalisation constitue l'indice d'une rechute rapide, même en cas d'amélioration symptomatique.

De plus, le test peut être simplifié en utilisant le dosage salivaire du cortisol à la place du dosage plasmatique avec des résultats diagnostiques tout à fait semblables (Ansseau et al., 1984b).

Le test à la clonidine évalue la réponse en hormone de croissance après stimulation des récepteurs noradrénergiques hypothalamiques. Chez l'individu normal, l'injection d'une ampoule de clonidine déclenche une libération d'hormones de croissance. Une grande proportion des patients déprimés (80%) ne présentent aucune stimulation (Ansseau et al., 1988a). Ce test peut donc permettre d'objectiver le diagnostic de dépression majeure et de définir le type noradrénergique de dépression. Cette caractérisation biochimique présente un intérêt thérapeutique dans la mesure où elle oriente vers des antidépresseurs à action noradrénergique prédominante qui seront plus efficaces (Ansseau et al., 1988b).

Les marqueurs neurophysiologiques de dépression

Parmi les marqueurs neurophysiologiques de dépression, les résultats les plus prometteurs ont été obtenus par l'enregistrement polygraphique de sommeil et par les potentiels lents et plus particulièrement la Variation Contingente Négative.

Les enregistrements polygraphiques du sommeil ont permis de préciser les anomalies du sommeil des déprimés : allongement de la latence d'endormissement, raccourcissement de la latence du sommeil paradoxal, réveils multiples en cours de nuit, réveil matinal précocé, nombreux changements de stades, diminution du sommeil lent profond. C'est surtout la latence du sommeil paradoxal, c'est-à-dire le délai entre l'endormissement et la première période de sommeil paradoxal correspondant au rêve qui paraît modifiée de façon spécifique dans les états dépressifs majeurs. Alors que chez

l'individu normal, ce délai est de l'ordre de 90 minutes, il est généralement inférieur à 50 minutes chez les déprimés majeurs. Ce paramètre permet donc de confirmer le diagnostic de dépression et implique la nécessité d'un traitement médicamenteux dont l'efficacité peut être appréciée par sa capacité de normaliser le paramètre (Ansseau et al., 1985).

La Variation Contingente Négative appartient aux potentiels lents liés aux événements. Elle apparaît dans une situation expérimentale impliquant une liaison temporelle entre deux stimuli et une prise de décision au moment du deuxième stimulus. Le paradigme le plus utilisé est celui de signal avertisseur avec temps de réaction. La Variation Contingente Négative présente diverses anomalies dans les états dépressifs majeurs : amplitude anormale et durée anormalement prolongée (Timsit-Berthier et al., 1987). Une Variation Contingente Négative anormale permet donc de confirmer le diagnostic. D'autre part, selon un modèle biochimique récemment validé (Timsit-Berthier et al., 1983), une Variation Contingente Négative d'amplitude faible suggère un déficit en dopamine et/ou en noradrénaline et oriente donc le traitement vers un antidépresseur catécholaminergique tandis qu'une Variation Contingente Négative d'amplitude anormalement élevée indique un déficit en sérotonine et plaide donc pour le choix d'un antidépresseur sérotoninergique.

Conclusion

Les développements actuels et futurs en psychiatrie pourront permettre une plus grande objectivité dans l'évaluation de la psychopathologie. Sur le plan du diagnostic, les nouveaux instruments développés internationalement comme le DSM-III-R permettent d'augmenter la fiabilité du diagnostic et limitent l'interprétation subjective de la symptomatologie dans des schémas diagnostiques arbitraires. Sur le plan de l'évaluation symptomatique, les échelles de quantification permettent d'apprécier la gravité des symptômes en fournissant des "notes" objectives. Enfin, les "marqueurs biologiques" des affections mentales peuvent permettre de confirmer le diagnostic clinique et d'en comprendre les mécanismes étiopathogéniques.

Ces recherches continuent et nul doute que les prochaines années pourront fournir des résultats utiles dans le cadre de l'expertise psychiatrique.

M. ANSSEAU
G. FRANCK
Unité de Psychiatrie
Centre Hospitalier Universitaire
Domaine Universitaire
du Sart Tilman (B-35)
B - 4000 Liège, Belgique

Bibliographie

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*, (3rd ed revised), Washington DC, American Psychiatric Press, 1987.
2. ANSSEAU M., *Critères de diagnostic pour la recherche en psychiatrie (RDC)*, Acta Psychiatrica Belgica, 1985, 85, 253-324.
3. ANSSEAU M., *The Research Diagnostic Criteria (RDC) and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)*. In : Huber W. (ed.), *Progress in Psychotherapy Research*, Presses Universitaires de Louvain, Louvain-la-Neuve, 1987, 1-16.
4. ANSSEAU M., *Les marqueurs biologiques de la dépression*, Revue Médicale de Liège, 1986, 41, 349-360.
5. ANSSEAU M., DEPAUW Y., CHARLES G., CASTRO P., D'HAENEN H., DE VIGNE J.P., HUBAIN P., LEGROS J.J., PEZCI I., TOSCANO A., WILMOTTE J., MENDLEWICZ J., *Age and gender effects on the diagnostic power of the DST*, Journal of Affective Disorders, 1987, 12, 185-191.
6. ANSSEAU M., KUPFER D.J., REYNOLDS III CF., *Inter-night variability of REM latency in major depression : implications for the use of REM latency in major depression : implications for the use of REM latency as a biological correlate*, Biological Psychiatry, 1985, 20, 489-505.
7. ANSSEAU M., SCHEVVAERTS M., DOUMONT A., POIRRIER R., LEGROS J.J., FRANCK G., *Concurrent use of REM latency, dexamethasone suppression, clonidine and apomorphine tests as biological markers of endogenous depression? Psychiatry Research*, 1984a, 12, 261-272.
8. ANSSEAU M., SULON J., DOUMONT A., CERFONTAINE J.L., LEGROS J.J., SODOYEZ J.C., DEMEY-PONSART E., *Use of saliva cortisol in the dexamethasone suppression test*, Psychiatry Research, 1984b, 13, 203-211.
9. ANSSEAU M., VON FRENCKELL R., CERFONTAINE J.L., PAPART P., FRANCK G., TIMST-BERTHIER M., GEENEN V., LEGROS J.J., *Blunted response of growth hormone to clonidine and apomorphine in endogenous depression*, British Journal of Psychiatry, 1988a, 153, 65-71.
10. ANSSEAU M., VON FRENCKELL R., MAASSEN D., CERFONTAINE J.L., PAPART P., TIMST-BERTHIER M., LEGROS J.J., FRANCK G., *Prediction of treatment response to selective antidepressants from clonidine and apomorphine neuroendocrine challenges*, in Riley M., Fillion G. (eds), *New Concepts in Depression*, London, MacMillan Press, 1988b, 269-276.
11. Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, *Das AMDP-System* (4th ed.), Berlin, Springer, 1981.
12. ASBERG M., MONTGOMERY S., PERRIS C., SCHALLING D., SEDVALL G., *A Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS)*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 1978, 271, 5-27.
13. BOBON DP (ed), *Le système AMDP* (2ème éd.), Bruxelles, Mardaga, 1981.

14. BOBON D., ANSSEAU M., *The AMDP-System in clinical psychopharmacology*, Pharmacopsychiatry, 1986, 19, 55-57.
15. CARROLL B.J., FEINBERG M., GREDEN J.F., TARIKA J., ALBALA A.A., HASKETT R.F., JAMES N., KRONFOL Z., LHOR R., STEINER M., DE VIGNE J.P., YOUNG E., *A specific laboratory test for the diagnosis of melancholia*, Archives of General Psychiatry, 1981, 38, 15-22.
16. FEIGHNER J.P., ROBINS E., GUZE S.B., WOODRUFF R.A., WINOKUR G., MUNOZ R., *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*, Archives of General Psychiatry, 1972, 26, 57-63.
17. GUELFI J.D., *DMS-III-R Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Traduction française, Paris, Masson, 1989.
18. GUY W. (éd.), *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology* (revised), Rockville MD, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, 1976.
19. HONIGFELD G., GILLIS R.D., KLETT C.J., NOSIE-30 : *a treatment sensitive ward behavior scale*, Psychological Reports, 1966, 19, 180-182.
20. KENDELL R.E., COOPER J.E., GOURLAY A.J., COPELAND J.R.M., SHARPE I., GURLAND B.J., *The diagnostic criteria of American and British psychiatrists*, Archives of General Psychiatry, 1971, 25, 123-130.
21. KLERMAN G.L., ENDICOTT J., SPITZER R.L., HIRSCHFELD R.M.A., *Neurotic depression : a systematic analysis of multiple criteria and meanings*, American Journal of Psychiatry, 1979, 136, 57-61.
22. SPITZER R.L., FLEISS J.L., *A re-analysis of the reliability of psychiatric diagnosis*, British Journal of Psychiatry, 1974, 125, 341-347.
23. SPITZER R.L., ENDICOTT J., ROBINS E., *Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-II*, American Journal of Psychiatry 1975, 132, 1187-1192.
24. SPITZER R.L., ENDICOTT J., ROBINS E., *Research Diagnostic Criteria : rationale and reliability*, Archives of General Psychiatry, 1978, 34, 773-778.
25. TIMSIT-BERTHIER M., MANTANUS H., ANSSEAU M., DEVOITILLE J.M., DAL MAS A., LEGROS J.J., *Contingent Negative Variation in major depressive patients*, in Johnson R Jr, Rohrbaugh J.W., Parasuraman R. (eds), *Current Trends in Event-Related Potential Research*, New York, Elsevier, 1987, 762-771.
26. TIMSIT-BERTHIER M., MANTANUS M., ANSSEAU M., DOUMONT A., LEGROS J.J., *Methodological problems raised by CNV interpretation in psychopathological conditions*, in Perris C., Kemali D., Koukkou-Lehman M (eds), *Neurophysiological correlates of normal cognition and psychopathology*, Karger, Basel, 1983, 80-92.
27. VAN PRAAG H.M., KAHN R.S., ASNIS G.M., WETZLER S., BROWN S.L., BLEICH A., KORN M.L., *Demosologization of biological psychiatry of the specificity of 5-HT disturbances in psychiatric disorders*, Journal of Affective Disorders, 1987, 13, 1-8.
28. VAN RIEZEN H., SEGAL M., *Comparative Evaluation of Rating Scales for Clinical Psychopharmacology*, Amsterdam, Elsevier, 1988.