Philonsorbonne

2 | 2008

Année 2007-2008

Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ?

Steeves DEMAZEUX

Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/philonsorbonne/166>

DOI : 10.4000/philonsorbonne.166

ISSN : 2270-7336

Éditeur

Publications de la Sorbonne

Édition imprimée

Date de publication : 15 avril 2008

Pagination : 67-88

ISBN : 978-2-85944-602-4

ISSN : 1255-183X

Référence électronique

Steeves DEMAZEUX, « Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? », *Philonsorbonne* [En ligne], 2 | 2008, mis en ligne le 28 janvier 2013, consulté le 08 juin 2021. URL : <http://journals.openedition.org/philonsorbonne/166> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/philonsorbonne.166>

Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ?

Steeves Demazeux

La « pensée catégorielle » en psychiatrie semble être tombée en disgrâce. La littérature spécialisée l'accable de tous les maux : elle favoriserait la stigmatisation des malades mentaux, endiguerait la pensée clinique dans un schématisme caricatural, et escamoterait la portée de résultats expérimentaux qui, n'était son action néfaste, brilleraient par leur éloquence. Il ne faudrait pas pour autant croire qu'on assiste à un renouveau de la *labeling theory* des sociologues et des antipsychiatres des années 1960 : si les étiquettes diagnostiques sont si vivement critiquées, depuis une vingtaine d'années, c'est uniquement sur un plan épistémologique, au regard d'une approche jugée plus prometteuse en laquelle beaucoup de réformateurs mettent leur espoir. Aujourd'hui, l'opposition méthodologique entre deux approches de la pathologie mentale, l'une, classique, l'« approche catégorielle », l'autre, réformatrice, communément appelée « approche dimensionnelle », apparaît de plus en plus comme l'enjeu d'un choix crucial pour la réorganisation du savoir psychiatrique et la rénovation de la classification nosologique. En particulier, dans le cadre de la préparation du DSM-V (cinquième version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*¹), dont la publication est prévue pour 2011, le débat entre partisans de chacune des deux approches est vif et nourri. Mais force est de constater que cette expression consacrée d'« approche dimensionnelle » est loin d'être univoque : si l'on sait assez précisément ce que l'on critique sur le plan épistémologique dans le schéma catégoriel classique – à savoir, la rigueur abusive et inadaptée des étiquettes diagnostiques, impuissantes à cerner la réalité clinique –, il apparaît que les propositions de réforme cette expression recouvre sont protéiformes. C'est pourquoi il nous semble important de chercher à clarifier les enjeux

1. Le DSM, publié par l'*American Psychiatric Association* (APA), s'est imposé comme la classification de référence de la pathologie mentale au niveau international depuis les années 1980.

théoriques de cette opposition. Nous chercherons d'abord à fixer quelques repères historiques et généalogiques du débat (I), avant de préciser les insuffisances réelles de l'approche catégorielle des troubles mentaux (II), et ce que peuvent apporter « les » approches dimensionnelles en psychiatrie (III). À partir de là, nous tenterons de préciser quelques-uns des enjeux théoriques fondamentaux que cette opposition méthodologique en réalité recouvre (IV).

I. Les origines du débat

L'émergence de l'idée d'une « approche dimensionnelle » dans son opposition explicite à une « approche catégorielle » de la pathologie mentale est assez récente : elle commence à s'imposer dans la littérature spécialisée vers la fin des années 1980. Nonobstant, les deux plus anciennes et significatives contributions relatives à la mise en place de cette antinomie entre deux types d'approches peuvent être trouvées, semble-t-il, chez Hempel (1959) et Eysenck (1964).

Le texte de Carl Hempel, « Fundamentals of Taxonomy », consacré expressément à la question de la taxonomie des troubles mentaux et prononcé en 1959 à New York devant un parterre de psychiatres et de psychologues, compte parmi les textes qui ont eu une importance théorique déterminante dans l'histoire contemporaine des classifications en psychiatrie. On sait notamment l'influence de Hempel sur l'idée qu'il fallait impérativement mettre en place des définitions opérationnelles des troubles mentaux : elle a marqué l'élaboration du DSM-III à la fin des années 1970. Pourtant, l'article de Hempel se termine par l'évocation des limites de l'approche classificatoire en psychopathologie. En effet :

« Une classification, à proprement parler, c'est une affaire de oui – ou non, de ou bien – ou bien : une classe est déterminée par un certain concept représentant ses propriétés définies, et un objet donné tombe dans cette classe ou tombe en dehors de cette classe, selon qu'il possède ou non ces propriétés définies² » [Notre traduction]

Mais le problème se pose de savoir ce qu'il advient des cas impurs, des cas limites (« *borderline cases* »), qui résistent à se laisser enfermer dans une dichotomie franche et qui risquent toutefois d'être légion en psychopathologie. Hempel évoque alors une autre approche, employée avantageusement en caractérologie et en typologie psychologique, qui consiste à remplacer le schéma classificatoire construit à partir de catégories par des « espaces à plusieurs dimensions »³ dans lesquels les individus sont

2. C. Hempel, « Fundamentals of taxonomy », in C. Hempel, *Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science*, New York, The Free Press, 1965, p. 151.

3. *Ibid.*, p. 153.

« ordonnés » les uns par rapport aux autres suivant différents axes caractéristiques. Le passage suivant est représentatif des progrès escomptés par la mise en œuvre d'une telle approche :

« Les avantages de l'ordonnancement (*ordering*) sur la classification peuvent être considérables. En particulier, le fait d'ordonner permet d'obtenir des distinctions plus subtiles que dans une classification ; de plus, le fait d'ordonner peut prendre la forme particulière d'une procédure quantitative, dans laquelle chaque dimension est représentée par une caractéristique quantitative. Et les concepts quantitatifs, non seulement offrent une finesse et une précision distinctive qui n'a pas sa pareille dans la démarche classificatoire et l'ordonnancement non quantitatif, mais ils fournissent aussi une assise permettant l'utilisation des outils puissants des mathématiques quantitatives : des lois et des théories peuvent être exprimées en termes de fonctions reliant plusieurs variables, et des conséquences peuvent en être dérivées, à des fins de prédiction ou de test, à l'aide des techniques mathématiques⁴ » [Notre traduction]

Ces différents aspects sont caractéristiques de ce qui sera bientôt appelé l'approche dimensionnelle. Il s'agit d'abord d'une procédure d'« ordonnancement », au sens d'une relation d'ordre qui repose sur une comparaison pertinente de différents éléments entre eux. Hempel emprunte un exemple à la minéralogie pour montrer de quoi il s'agit : on peut ordonner les minéraux les uns par rapport aux autres en fonction de leur dureté relative (x sera dit plus dur que y si une fine pointe de x est capable de rayer une surface de y). On obtient ainsi un ordre linéaire qui permet de caractériser assez finement la dureté relative de tel ou tel minéral, bien plus finement en tout cas que si l'on répartissait les minéraux en fonction de deux catégories : durs et non-durs. Cette procédure a en outre le grand mérite de pouvoir être quantifiée : on peut, en effet, facilement mettre au point à partir de là une échelle quantifiable de dureté relative des minéraux. De manière similaire, grâce aux progrès des outils statistiques et psychométriques, il semble désormais possible d'appliquer de telles procédures en psychopathologie. On pourra ainsi, par exemple, chercher à mettre en évidence une échelle de degrés de névrotisme des individus. Hempel met en avant la puissance heuristique des concepts quantitatifs, qui ouvrent la voie à une formulation théorique en psychopathologie digne de celle des sciences expérimentales. Pourtant, il ne semble pas s'arrêter outre mesure sur la difficulté, au niveau médical et éthique, qu'il y a en psychiatrie à passer d'un schéma où l'on cherche à classer des troubles mentaux à celui où l'on classe des individus les uns par rapport aux autres suivant certaines dimensions caractéristiques. De fait, Hempel veut avant tout dans cet article proposer aux psychiatres différentes stratégies méthodologiques, en prenant soin de ne pas trop s'aventurer sur les présupposés ontologiques de ce qu'il s'agit de classer.

4. *Ibid.*

C'est néanmoins sur le plan ontologique que la question de la pertinence ou non d'une approche dimensionnelle va se poser. De simple stratégie méthodologique qui se contente de mettre en avant l'utilité des « concepts quantitatifs » chez Hempel, l'approche dimensionnelle va prendre la forme d'un véritable postulat ontologique sur la nature de ce qu'il s'agit de classer. Cette différence d'appréciation est perceptible dans un article du psychologue Hans Eysenck de 1964, « Principles and Methods of Personality Description, Classification and Diagnosis »⁵. Eysenck formule ainsi le dilemme central présidant à toute typologie de la personnalité : quel est le point de vue le mieux adapté, le point de vue catégoriel ou le point de vue dimensionnel ? Autrement dit, doit-on concevoir la personnalité d'un individu comme ressortissant à une ou plusieurs étiquettes possibles – ce qui est le cas dans la médecine d'Hippocrate puis de Galien où les tempéraments sont répartis en quatre espèces : sanguin, colérique, flegmatique, mélancolique ? Ou doit-on plutôt la concevoir comme évoluant le long de certaines dimensions continues – comme dans le système à deux dimensions que propose Eysenck, qui répartit les individus selon que leur tempérament est plus ou moins stable (axe stable/instable) et plus ou moins introverti (axe introverti/extraverti) ? Il appert qu'Eysenck met clairement l'accent sur la nature de ce qu'il s'agit d'étudier : quelle est la « doctrine » correcte ? La « doctrine de la dimensionnalité » (identifiée à la « doctrine de la continuité ») ? Ou la doctrine de la catégorisation (identifiée à l'idée que la nature ferait des sauts qualitatifs dans la répartition des tempéraments) ? Chez Eysenck, l'approche dimensionnelle apparaît clairement comme l'approche qui, partant de la reconnaissance de la nature essentiellement continue des grandeurs intensives de certains phénomènes, en tire les conséquences méthodologiques en mettant en cause les privilèges ancestraux de l'approche par catégorisation. C'est donc bien le problème ontologique qui est premier et dont la solution envisagée oriente la stratégie méthodologique.

D'une façon générale, toute l'ambiguïté des approches dimensionnelles contemporaines tient dans ce flottement : ne doit-on y voir qu'une stratégie méthodologique visant à élaborer des concepts quantitatifs plus subtils ? S'agit-il au contraire d'un véritable postulat ontologique pariant sur la nature continue des phénomènes étudiés ?

II. Les impedimenta de l'approche catégorielle

L'approche catégorielle des troubles mentaux est l'approche traditionnelle qui caractérise classiquement toute entreprise de classification : il s'agit d'établir, le plus subtilement possible, des catégories

5. J. Eysenck, « Principles and Methods of Personality Description, Classification and Diagnosis », *British journal of psychology*, 55, , 1964, p. 284-294.

précises aux propriétés clairement définies. En l'occurrence, s'inspirant de la réussite des classifications botaniques, la psychiatrie naissante n'a eu de cesse, de Boissier de Sauvages à Kraepelin, de chercher à délimiter certaines espèces naturelles de maladies mentales. Foucault y a consacré un chapitre célèbre de sa thèse joliment intitulé « le fou au jardin des espèces »⁶. À partir de Kraepelin et durant tout le XX^e siècle, même si l'activité de classification prend une nouvelle tournure théorique, scrutant les causes sous-jacentes et s'appuyant davantage sur la mise en évidence de grandes unités syndromiques, elle n'en reste pas moins un travail de catégorisation conceptuelle. La tentative du DSM-III, en 1980, qui a constitué un changement majeur dans la manière d'aborder la nosologie psychiatrique, a marqué d'une certaine manière l'apogée de la pensée catégorielle. Se proposant d'apporter une réponse aux contestations vives issues du courant antipsychiatrique, qui ne voyait dans les étiquettes diagnostiques de la psychiatrie qu'une manière de traiter des problèmes moraux et sociaux en leur donnant l'apparence de problèmes médicaux, le DSM-III a cherché à préciser sur le plan clinique, le plus objectivement et le plus rigoureusement possible, les catégories du savoir psychiatrique, en vue d'améliorer la fiabilité des diagnostics et d'ériger enfin un vocabulaire commun susceptible de permettre aux cliniciens de s'entendre et à la recherche psychiatrique de progresser. Malheureusement, les progrès escomptés ne furent pas au rendez-vous, et les éditions successives du DSM (DSM-III-R en 1987, DSM-IV en 1994, DSM-IV-TR en 2000), en modifiant certaines catégories, en ajoutant de gré à gré de nouvelles, en supprimant le cas échéant d'autres, ont progressivement compliqué un dispositif déjà peu digeste à l'origine, et fini par jeter un doute sur la pertinence d'une approche catégorielle des troubles mentaux. Dès lors, un certain nombre d'insuffisances, dont on peut tenir la stratégie catégorielle pour responsable, ont été précisées.

1. Une comorbidité excessive

Il est commun de reprocher aux différents DSM d'avoir privilégié la question de la fiabilité diagnostique (la concordance inter-juges) au détriment de la validité des étiquettes diagnostiques (leur aptitude à cerner une réalité clinique). Or, l'un des problèmes majeurs qui met en doute la validité des étiquettes diagnostiques en psychiatrie⁷, c'est le fait que ces étiquettes sont intimement liées entre elles, tant et si bien qu'il n'est pas rare qu'un même patient puisse être classé sans difficulté sous plusieurs étiquettes diagnostiques, sans que la faute en revienne nécessairement à un désaccord entre cliniciens. Une forte comorbidité en effet peut signifier, ou bien que certains troubles vont toujours de pair – auquel cas la question se pose de savoir s'il ne serait pas judicieux de les considérer comme

6. M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Tel Gallimard, 1972.

7. R. F. Krueger, D. Watson & D. H. Barlow, « Introduction to the Special Section : Toward a Dimensionally Based Taxonomy of Psychopathology », *Journal of Abnormal Psychology*, 114 (4), , 2005, p. 491-493.

ressortissant à un seul et même trouble fondamental –, ou bien que l'outillage conceptuel des symptômes cliniques n'est pas assez spécifique et discriminant. Bien que des efforts considérables aient été entrepris pour affiner les diagnostics différentiels et développer des règles hiérarchiques de décision entre diagnostics concurrents, la forte comorbidité observée pour les troubles psychiatriques continue d'apparaître comme l'indice d'une tare inhérente à la taxonomie actuelle.

2. Le problème des troubles « non spécifiques » : les NOS

Les catégories NOS (*Not Otherwise Specified*), catégories résiduelles dans lesquelles l'avis du clinicien peut se réfugier lorsqu'il n'est pas trouvé pas de catégorie plus adaptée, sont devenues le symbole des apories de la pensée catégorielle. Initialement, ces catégories visaient à regrouper l'ensemble des cas qui, tout en semblant appartenir à une catégorie donnée, ne satisfaisaient pourtant pas à tous les critères définissant certains désordres spécifiques à l'intérieur de cette catégorie générale. L'une des plus fameuses de ces catégories a été la ED-NOS⁸ (*Eating Disorder Not Otherwise Specified*), catégorie dans laquelle se sont vus regrouper pêle-mêle de nombreux sujets souffrant d'anorexie mentale et/ou de boulimie qui ne remplissaient pas tous les critères d'un diagnostic « typique » (le poids par exemple était resté normal, ou les menstruations étaient présentes dans un tableau clinique d'anorexie, etc.). Certaines études ont même montré que la catégorie ED-NOS incluait la plupart des troubles de conduite alimentaire⁹. De manière similaire, la catégorie 301.9 du DSM-IV, dénommant la catégorie résiduelle des troubles non spécifiques de la personnalité (*Personality Disorder Not Otherwise Specified*), compte parmi l'une des catégories les plus utilisées pour diagnostiquer un trouble de la personnalité¹⁰. Or, il est évident, d'un point de vue théorique, qu'un recours fréquent à ces catégories NOS indique une insuffisance de la classification. On peut chercher à corriger ce manque en multipliant les catégories ou en affinant les sous-catégories. C'est cette stratégie qui a pour l'instant prévalu, malheureusement sans succès : le nombre des étiquettes diagnostiques n'a cessé d'augmenter à travers les éditions successives du DSM sans que l'on soit parvenu à identifier des groupes cliniques stables, homogènes, cohérents, susceptibles d'être représentés par des catégories spécifiques bien délimitées.

8. Catégorie qui a été retournée au début des années 1990 sur la Toile en un signe de ralliement préoccupant de certaines adolescentes, dans une démarche de revendication de leur trouble comme d'un véritable choix de vie (les « pro-ana »).

9. Cf. P. Machado, B. Machado, S. Goncalves & H. Hoek, « The prevalence of eating disorders not otherwise specified », *The International journal of eating disorders*, 40 (3), 2007, p. 212-217.

10. Cf. T. A. Widiger & T. J. Trull, « Plate Tectonics in the Classification of Personality Disorder. Shifting to a Dimensional Model », *American Psychologist*, 62 (2), 2007, p. 71.

3. L'effet « transnosographique »

Il est un troisième problème qui met en cause l'approche catégorielle : on peut l'appeler « l'effet transnosographique ». On parlera d'effet ou de phénomène transnosographique chaque fois que la neurobiologie, la génétique ou la pharmacologie jettent un doute sur la pertinence du découpage des entités catégorielles en mettant en évidence des phénomènes particuliers qui n'ont rien de spécifique aux catégories employées. Il s'agit d'un problème plus fondamental, qui ne se pose pas seulement sur un plan proprement clinique, mais qui investit les rapports entre clinique et explorations biomédicales. Dans les années 1960, déjà, certains précurseurs d'une psychiatrie biologique insistaient sur l'importance selon eux de libérer la psychiatrie du carcan des catégories diagnostiques. L'un des plus fervents d'entre eux, Herman Van Praag, n'a eu de cesse de répéter qu'il fallait « dénosologiser »¹¹ la psychiatrie, la sortir du « tunnel nosologique »¹², ou encore la guérir définitivement de sa « nosologomania »¹³ paralysante. La pensée catégorielle est ici perçue comme un véritable obstacle épistémologique, au sens bachelardien de l'expression, qui rend illisibles les avancées biomédicales en psychiatrie en présentant des résultats chaotiques en apparence. Or, partant du fait que la comorbidité observée en clinique psychiatrique n'est certes pas uniforme, mais qu'elle n'est pas non plus aléatoire, Van Praag cherche à promouvoir une approche dite fonctionnelle ou dimensionnelle¹⁴ qui explicite directement, en s'affranchissant de tout découpage nosologique, le rôle de certains neuromédiateurs (les travaux les plus convaincants pour l'instant ont porté sur la sérotonine) dans la production de certains types de manifestations comportementales (comme l'impulsivité). Cette approche trouve un appui dans le peu de spécificité que montrent de nombreux médicaments psychotropes, dont les effets sont mieux compris à partir des différents types de neurorécepteurs concernés qu'à partir des différentes catégories diagnostiques pour lesquelles une efficacité est démontrée¹⁵. Elle s'accorde également avec nombre de résultats ambivalents obtenus dans les études de recoupement génétique, qui peinent à

11. H. Van Praag, R. Kahn, G. Asnis, S. Wetzler, S. Brown, A. Bleich, et al., « Denosologization of biological psychiatry or the specificity of 5-HT disturbances in psychiatric disorders », *Journal of Affective Disorders*, 13 (1), 1987, p. 1-8.

12. H. Van Praag, G. Asnis, R. Kahn, S. Brown, M. Korn, J. Friedman, et al., « Nosological tunnel vision in biological psychiatry. A plea for a functional psychopathology », *Annals of the New York Academy of Sciences*, 600, 1990, p. 501-510.

13. H. Van Praag, « Nosologomania : a disorder of psychiatry », *The world journal of biological psychiatry*, 1 (3), 2000, p. 151-158.

14. Van Praag oppose explicitement son approche fonctionnelle/dimensionnelle à l'approche classique catégorielle/nosologique. Pour une discussion concernant l'ambiguïté que cette dénomination introduit par rapport à ce qui est appelé approche dimensionnelle en psychologie, cf. P. Baruch, M. Filteau, R. Bouchard, E. Pourcher, P. Vincent & R. Jouvent, « The dimensional approach to clinical psychopharmacology : a polysemous concept », *Journal of psychiatry & neuroscience*, 17 (2), 1992, p. 55-60.

15. M. Eison, « The new generation of serotonergic anxiolytics : possible clinical roles », *Psychopathology*, 22 Suppl. 1, 1989, p. 13-20.

isoler des entités distinctes¹⁶, mais qui tendraient au contraire à mettre en évidence des gènes de susceptibilité communs à plusieurs familles de pathologies psychiatriques.

III. Les trois degrés de réforme de l'approche dimensionnelle

Une fois qu'on s'est accordé à pointer les insuffisances de l'approche catégorielle, il reste à s'entendre sur ce en quoi pourrait consister la nouveauté d'une approche dimensionnelle de la pathologie mentale. Trois grands degrés de réforme portant sur différents aspects des systèmes classificatoires actuels peuvent être envisagés afin d'améliorer la nosologie psychiatrique.

1. Assouplir les étiquettes diagnostiques

La première réforme que l'on peut vouloir entreprendre consiste à simplement chercher à mettre des nuances dans les symptômes et les étiquettes diagnostiques en y introduisant des degrés. Traditionnellement, le clinicien « recueille » les symptômes et en fait l'inventaire afin de dresser un tableau clinique. La présence ou l'absence de certains symptômes suffit ordinairement à poser le diagnostic. Mais la réalité clinique, particulièrement en psychiatrie, rechigne à se laisser ainsi appréhender. Décider si tel ou tel symptôme est présent est chose plus difficile en psychiatrie qu'en toute autre activité clinique : bien souvent, les symptômes ne brillent pas d'une présence franche, et doivent par conséquent pouvoir être appréciés d'une manière plus fine que par le simple codage en présence/absence. Compte tenu de ces remarques, il peut sembler utile de vouloir remplacer la démarche catégorielle par une approche plus fine, plus sensible, plus flexible. On s'inscrira méthodologiquement dans une approche dimensionnelle dès lors que l'on concevra le diagnostic médical non plus comme une étiquette qui se contente de signifier ou non la présence d'un trouble, mais comme une échelle progressive susceptible de nombreux paliers intermédiaires. Michael First, l'un des directeurs du programme de préparation du DSM-V, définit ainsi l'approche dimensionnelle :

« Une classification qui décrit les désordres en termes de points suivant un certain nombre de continuums diagnostiques (« *diagnostic continua* ») peut être considérée comme une « approche dimensionnelle »¹⁷ » [Notre traduction]

16. K. Kendler, « Reflections on The Relationship Between Psychiatric Genetics and Psychiatric Nosology », *American Journal of Psychiatry*, 163 (7), 2006, p. 1138-1146.

17. M. First, « Dimensional Models of Personality Disorders : Etiology, Pathology, Phenomenology, and Treatment », in *The Future of Psychiatric Diagnosis : Refining the Research Agenda*, American Psychiatric Publishing, 2006.

Ce qui compte donc avant tout pour qualifier une approche dimensionnelle, sur le plan méthodologique, c'est l'idée que le diagnostic puisse se distribuer selon différents degrés le long d'un axe continu. Pourtant, il n'est pas nécessaire de concevoir, à l'instar de First, une infinité de degrés intermédiaires. Comme le propose Helena Kraemer, on est en droit de parler d'approche dimensionnelle dès lors que l'on rompt simplement avec la bipolarité propre à la démarche catégorielle :

« Un diagnostic dimensionnel a au moins trois valeurs ordinales, qui peuvent aller d'une échelle à trois degrés (au minimum) jusqu'à une échelle continue (comme par exemple le BMI pour les troubles de l'alimentation). Un diagnostic catégoriel a seulement deux valeurs possibles : présent ou absent¹⁸ » [Notre traduction]

L'utilisation répandue aujourd'hui de nombreux outils d'évaluation cliniques, comme l'Indice de Masse Corporelle (BMI en anglais : *Body Mass Index*), inventé par Quételet au XIX^e siècle et qui constitue un outil clinique de base tout à fait appréciable pour évaluer la gravité d'un trouble de l'alimentation, le score de dépression de Hamilton, l'échelle PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) pour la schizophrénie, et bien d'autres outils encore, permettent en effet de quantifier la sévérité d'un symptôme ou d'un trouble de manière bien plus subtile que la simple reconnaissance d'une présence ou d'une absence. L'approche dimensionnelle a ainsi partie liée avec le recours généralisé à de tels instruments méthodologiques. Mais la question qui se pose est la suivante : ce que l'on appelle « approche dimensionnelle », n'est-elle qu'une stratégie méthodologique différente, plus commode, pour aborder l'évaluation clinique ? Ou, au contraire, cette approche constitue-t-elle une prise de position ontologique sur la nature des troubles mentaux ? Pour Kraemer, il est clair qu'il ne s'agit de rien d'autre que d'une stratégie méthodologique d'expertise dont les seuls ressorts sont pragmatiques :

« La décision de recourir à un diagnostic dimensionnel *versus* catégoriel n'a rien à voir avec la nature du désordre lui-même mais tout à voir avec la qualité du diagnostic pour un trouble donné¹⁹ » [Notre traduction]

Cette considération, purement pragmatique de l'approche dimensionnelle, n'est cependant pas la plus répandue : la question de l'utilité clinique d'une approche sur une autre est la plupart du temps subordonnée à la prétention de décrire adéquatement la réalité des phénomènes psychopathologiques.

18. H. Kraemer, « Dimensional Approaches in Diagnostic Classification : A Critical Appraisal » in *The Future of Psychiatric Diagnosis : Refining the Research Agenda*, American Psychiatric Publishing, 2006.

19. *Ibid.*

2. Réformer l'axe II du DSM

L'une des grandes originalités méthodologiques introduites dans le DSM-III fut d'adopter un système multiaxial. L'idée n'était pas neuve²⁰, mais sa mise en application dans la confection d'un manuel diagnostic était une gageure et répondait à la volonté d'instaurer un véritable « changement de paradigme »²¹ dans la manière de concevoir le diagnostic en psychiatrie : on abandonnait la représentation traditionnelle du coup d'œil du clinicien, supposé apte à pointer directement la réalité d'une structure pathologique sous-jacente à travers la surface nébuleuse de signes cliniques plus ou moins éloquents. On la remplaçait par une stratégie plus circonspecte, cherchant davantage à cerner la maladie en la considérant comme un tout interactif et complexe où chaque signe pourrait faire sens. Cinq axes²² furent définis afin de circonscrire la maladie ; ils définissent encore aujourd'hui la structure caractéristique des différents DSM :

- l'axe I décrit l'ensemble des syndromes cliniques ;
- l'axe II est consacré aux troubles de la personnalité (avec deux sous-sections, l'une consacrée à l'adulte, l'autre à l'enfant) ;
- l'axe III vise à recenser les troubles ou les affections somatiques susceptibles d'avoir une importance pour la compréhension ou le traitement du sujet ;
- l'axe IV évalue la sévérité des facteurs de stress psychosociaux ;
- l'axe V est une échelle destinée à évaluer le niveau d'adaptation et de fonctionnement le plus élevé de l'individu dans l'année écoulée.

L'axe I (celui des syndromes) et l'axe III (celui des troubles somatiques associés) sont les axes dominants du diagnostic médical. Mais il est tout à fait notable de constater que les axes II, IV et V furent néanmoins introduits avec l'idée déjà assumée en 1980 qu'ils pourraient contribuer à rompre avec le schématisme catégoriel du diagnostic médical. Ainsi Theodore Millon, l'un des grands artisans du système multiaxial du DSM-III, a-t-il pu écrire :

« L'introduction dans le DSM-III à la fois de l'axe II (personnalité), de l'axe IV (facteurs de stress psychosociaux) et de l'axe V (meilleur fonctionnement adaptatif), même s'ils ne sont pas toujours nécessaires, augure

20. Cf. E. Essen-Moller & S. Wohlfahrt, « Suggestions for the amendment of the official Swedish classification of mental disorders », *Ada Psychiatrica Scandinavica*, 1947, p. 551-555.

21. T. Millon, « DSM-III : An insider's perspective », *American Psychologist*, 38, 1983, p. 804-814.

22. Signalons au passage que le concept d'« axe », tel qu'il est mis en œuvre dans le DSM-III, n'est subordonné à aucune représentation géométrique déterminée. Il s'agit seulement d'indiquer les grandes lignes directrices du système classificatoire. À la rigueur, il faudrait concevoir ces axes comme cinq lignes directrices parallèles. Cf. T. Millon, « Classification in Psychopathology : Rationale, Alternatives, and Standards », *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 1991, p. 245-261.

volontiers d'une conception radicalement nouvelle du diagnostic psychopathologique. Dorénavant, la norme en matière de classification impose au clinicien de ne pas s'arrêter à l'« entité maladie », mais de viser à dégager un panorama entier de dimensions contextuelles, avec en particulier l'allure générale du fonctionnement psychologique de la personne, les caractéristiques de son environnement et de sa situation, ainsi que ses forces et ses possibilités de s'en sortir de manière saine et constructive²³ » [Notre traduction]

En fait, si l'on concède que les axes IV et V restent d'une importance très accessoire (ce sont de simples échelles évaluatives), on s'accordera à penser que la véritable nouveauté théorique fut sans conteste l'élaboration d'un axe II des troubles de la personnalité. Or, c'est précisément dans le rapport entre axe I et axe II du DSM que se concentrent, aujourd'hui plus que jamais, la plupart des problèmes épistémologiques en psychiatrie. Quel lien faut-il concevoir entre les deux axes ? En théorie, on peut être diagnostiqué sur l'axe I sans l'être nécessairement sur l'axe II, et réciproquement. On peut aussi, bien sûr, être diagnostiqué sur les deux axes simultanément (par exemple, un trouble bipolaire avec une personnalité *borderline*). Il reste que, en accord avec la tradition clinique, le diagnostic « fort », authentique et véritablement médical qu'on va chercher à soigner, est réalisé sur l'axe I. L'axe II est souvent perçu, en raison de la chronicité et de l'inflexibilité qui tendent à définir les troubles de la personnalité, comme l'indication d'une certaine vulnérabilité constitutive de l'individu ou comme un facteur aggravant du trouble principal. Pourtant, depuis quelques années, le rapport de force est pour ainsi dire en train de s'inverser, et le statut des troubles de la personnalité, souvent contesté, est désormais considéré avec davantage de bienveillance, dans l'idée que c'est peut-être là que résiderait, *in fine*, la vérité de la pathologie mentale.

Mais avant d'approfondir cette question épineuse du rapport entre les axes I et II du DSM, intéressons-nous d'abord à la seule structure de l'axe II. L'axe II a été construit sur le modèle de l'axe I, c'est-à-dire suivant une approche catégorielle dans la droite ligne du modèle médical : sont recensés différents « types » de personnalités pathologiques dont les contours sont précisés au moyen de critères établis. Pourtant, sous l'impulsion de la psychologie différentielle, l'idée est de nouveau avancée que les formes pathologiques de la personnalité ne seraient rien d'autres que des variantes extrêmes des dimensions qui caractérisent la personnalité dite « normale ». Suivant le vieil adage : « la folie n'est rien d'autre que l'exagération du caractère habituel »²⁴. Il suffirait par conséquent de rénover l'axe II en le remodelant d'après les résultats, que d'aucuns jugent probants, obtenus dans l'étude de la structure générale des traits de personnalité et de leur répartition dans la population générale. Il s'agirait ainsi de dépoussiérer l'axe II de ces vieilles catégories héritées de la clinique traditionnelle (personnalités

23. *Ibid.*, p. 810.

24. B.-A. Morel, *Traité des maladies mentales*, 1860.

paranoïdes, schizoïdes, narcissiques, etc.) pour les remplacer par un système multidimensionnel au vocabulaire plus volontiers « laïque » : « l'ouverture » (*openness*), « le caractère consciencieux » (*conscientiousness*), « la stabilité émotionnelle » (*emotional stability*), etc., constitueraient autant de dimensions essentielles, stables, continues, permettant une juste appréhension des traits de personnalité d'un individu, et, le cas échéant, des anomalies de son caractère.

La question de la mise en application d'un tel projet est actuellement très débattue. Les modèles concurrents restent nombreux (modèle de la structure de la personnalité à 3, ou 5, ou 6, ou 7 dimensions...), mais un consensus, qui n'avait su être trouvé lors de l'élaboration du DSM-IV, est activement recherché autour d'un modèle à cinq dimensions. Il est fort à parier pour le DSM-V qu'en cas de grande novation, ce sera au niveau de l'axe II qu'il faudra la chercher.

3. Abandonner l'axe I des syndromes cliniques

La véritable révolution que certains prônent²⁵ consisterait à abandonner définitivement l'axe I des syndromes cliniques. On a vu que la psychiatrie biologique n'attendait que cela. Mais la psychologie différentielle n'est pas en reste. Thomas Widiger et Timothy Trull, par exemple, deux psychologues américains impliqués dans la préparation du DSM-V, semblent prêts, tant leur critique des catégories diagnostiques est radicale, à franchir le Rubicon. De fait, le changement fondamental d'orientation qu'ils appellent de leurs vœux, adressé explicitement à la question des troubles de la personnalité, concerne en réalité l'avenir de la classification psychiatrique dans son ensemble :

« Le DSM-III [...] apporta un changement et une innovation considérable dans la classification des troubles mentaux [...] Cependant, la question de savoir si les troubles mentaux sont des affections cliniques discrètes ou bien des distinctions arbitraires le long de dimensions sous-jacentes de fonctionnement, cette vieille question a gagné en importance avec la reconnaissance grandissante des limites du modèle catégoriel. [...] Le travail est maintenant en marche autour du DSM-V, et le temps est peut-être venu de réfléchir à un changement plus fondamental dans la manière dont la psychopathologie est conceptualisée et diagnostiquée²⁶ » [Notre traduction]

Ce qui est en jeu, radicalement, Widiger et Trull l'évoquent sans peut-être en mesurer toutes les conséquences, c'est l'abandon du modèle médical en psychiatrie. Il s'agit d'abandonner le modèle de validation théorique des entités cliniques, dont Eli Robins et Samuel Guze en 1970 avait fixé le cadre

25. Cf. par exemple W. Livesley, M. Schroeder, D. Jackson, & K. Jang, « Categorical distinctions in the study of personality disorder : implications for classification », *Journal of abnormal psychology*, 103 (1), 1994, p. 6-17. Les auteurs proposent de consacrer l'axe I aux troubles de la personnalité, et de réserver l'axe II pour coder les traits de personnalité.

26. Widiger & Trull (2007), *op.cit.*

pour la psychiatrie, au profit du modèle de validation qui s'est imposé en psychologie, et dont la description nous vient de Lee Cronbach et Paul Meehl dans un article de 1955. Le modèle de validation qu'il s'agit d'abandonner est celui qui a fixé le cap de la recherche psychiatrique jusqu'à ce jour : établir des syndromes cliniques précis, en les consolidant d'après (i) les données cliniques, (ii) les études de laboratoires, (iii) une critériologie d'exclusion précise, (iv) des études de suivi, (v) des études d'agrégation familiale²⁷. Il tend à être remplacé par celui qui a servi de référence pour interpréter la validité de construction²⁸ (*construct validity*) des tests psychométriques, en établissant les limites de ce qui pouvait ou non être légitimement conclu à partir du recoupement des analyses factorielles²⁹. Bref, à un modèle où l'on cherchait à cerner la réalité d'un mal, accidentel par définition – la maladie –, on en substitue un autre où désormais on cherche à situer l'individu dans l'espace de ses particularités, mais dont on voudra pour son plus grand bien corriger les extravagances.

L'abandon de l'axe I des syndromes cliniques signerait donc la fin d'une certaine conception médicale de la psychiatrie. L'argument principal qui est mis en avant, c'est encore celui de la comorbidité, ou mieux, de la « co-occurrence » entre les troubles diagnostiqués sur l'axe I et ceux diagnostiqués sur l'axe II³⁰. Il y aurait en effet comme quelque chose de redondant entre les deux axes. Pour bien comprendre le problème, il faut revenir à l'articulation théorique qui a présidé à la mise en place de ces deux axes diagnostiques. Graham Foulds, en 1976³¹, avait examiné cinq manières possibles d'articuler les syndromes cliniques (SC) et les troubles de la personnalité (TP). On peut schématiser, rapidement, ces possibilités de la manière suivante :

SC TP	(incompatibilité de SC et de TP)
SC → TP	(tous les individus ayant un SC présentent un TP, sans que la réciproque soit nécessaire)
TP → SC	(inverse de (ii))
SC ↔ TP	(il n'y aurait au mieux qu'une différence de degré entre les SC et les TP)
SC ≠ TP	(les SC et les TP sont des catégories psychopathologiques distinctes qui peuvent être présentes conjointement)

27. E. Robins & S. Guze, « Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness : its application to schizophrenia », *The American Journal of Psychiatry*, 126, 1970, p. 983-987.

28. C'est-à-dire la capacité qu'a un test ou un outil d'évaluation de rendre compte des hypothèses qui ont présidé à sa construction.

29. L. J. Cronbach & P. E. Meehl, « Construct validity in psychological tests », *Psychological Bulletin*, 52, 1955, p. 281-302.

30. Cf. J. Oldham, A. Skodol, H. Kellman, S. Hyler, N. Doidge, L. Rosnick, L., et al., « Comorbidity of axis I and axis II disorders », *The American Journal of Psychiatry*, 152 (4), 1995, p. 571-578.

31. G. Foulds, *The hierarchical nature of personal illness*, London, Academic Press, 1976. Repris d'après Livesley et al. (1994), *op. cit.*

De ces différentes options, seules les deux dernières seraient véritablement consistantes et cohérentes avec l'ensemble des données cliniques³². Celle qui consiste à considérer les syndromes cliniques et les troubles de la personnalité comme deux types de désordres psychopathologiques différents – option (v) – représente la position qui a été adoptée par le DSM-III. Tant au niveau de l'étiologie, de la structure formelle psychopathologique que de la stabilité temporelle des troubles, les syndromes cliniques semblaient présenter des caractéristiques fondamentalement différentes de celles des troubles de la personnalité. Pourtant, l'échec des recherches étiologiques, l'indistinction en psychiatrie, *volens nolens*, entre symptômes et traits de personnalité³³, enfin la chronicité de la pathologie mentale, tout cela a progressivement contribué à remettre en cause le bien-fondé de cette distinction³⁴. Tant et si bien que nombre de psychiatres s'accordent à penser qu'il doit y avoir en réalité davantage qu'une correspondance profonde entre les syndromes cliniques et les troubles de la personnalité, qui peut-être ne différencieraient que du plus au moins – option (iv) –. La classification actuelle, séparant les axes I et II, serait donc redondante, et tous les espoirs sont placés dans la possibilité qu'aurait une classification rénovée des troubles de la personnalité de rendre compte de la totalité des troubles psychiatriques. Les plus audacieux présagent même un rapprochement entre la psychologie différentielle et la psychiatrie biologique, avec comme horizon lointain une théorie articulant directement les traits de personnalité à certaines fonctions amines biogéniques privilégiées³⁵.

IV. Les enjeux théoriques du débat

Les trois degrés de réforme que nous avons cherché à mettre en évidence reposent sur des postulats théoriques que nous voulons approfondir, dans l'idée que c'est à ce niveau que doit se situer le débat

32. Cf. Livesley et al. (1994), *op. cit.*

33. À la différence du *symptôme*, censé pointer un phénomène jugé signifiant sur le plan psychopathologique, le *trait de personnalité* désigne un ensemble de dispositions psychologiques stables d'une grande généralité et susceptible d'expressions diverses. Cf. T. Million (1991), *op. cit.*

34. Livesley et al. (1994), *op. cit.*

35. On peut donner comme exemple le modèle proposé par Robert Cloninger en 1987 : la fonction dopaminergique serait directement corrélée à la « recherche de nouveauté » (*novelty seeking*), la fonction sérotoninergique à l'« évitement du danger » (*harm avoidance*) et la fonction noradrénergique à une « dépendance à la récompense » (*reward dependence*), toutes ces dimensions pouvant facilement être évaluées à partir d'un questionnaire psychométrique (le TPQ : *Tridimensional Personality Questionnaire*). Il va sans dire que de tels modèles, régulièrement proposés, ne s'embarrassent en général ni peu ni prou des subtilités de la clinique humaine. Cf. C.R. Cloninger, « A systematic method for clinical description and classification of personality variants », *Archives of General Psychiatry*, 44, 1987, p. 573-588.

concernant l'avenir des classifications psychiatriques. Le premier degré de réforme (assouplir les étiquettes diagnostiques) tend à présupposer que les différents symptômes en psychiatrie se répartissent suivant des continuums qui vont du normal jusqu'au pathologique. Nous parlerons par commodité de « postulat de continuité » (1). Le deuxième degré de réforme (modifier l'axe II du DSM) est proposé sur la base d'une reconnaissance des dimensions essentielles de la personnalité : il s'agit donc de s'accorder sur un certain « essentialisme des traits psychologiques » (2). Enfin, la troisième proposition de réforme (abandonner l'axe I du DSM), consiste, en sus des deux postulats précédents, à entériner un certain « nominalisme médical » (3) en opérant un changement de paradigme fondateur d'une nouvelle psychiatrie.

1. Le postulat de continuité

Tel est bien sûr l'enjeu essentiel du débat, qui se nourrit principalement de la faillite assumée de n'avoir pu mettre en évidence des catégories naturelles (*natural kinds*) pour les troubles mentaux. De fait, c'est presque un aveu de déception et d'impuissance que l'on peut lire dès l'introduction du DSM-IV :

« Le DSM-IV est une classification catégorielle [...]. Néanmoins, les limites du système de classification catégoriel doivent être reconnues. Rien ne garantit que chaque catégorie de trouble mental soit une entité complètement discrète avec des frontières absolues qui l'isole des autres troubles mentaux ou de l'absence de trouble mental³⁶ » [Notre traduction]

Cette frontière entre normal et pathologique, qui a toujours constitué le talon d'Achille de la psychiatrie, doit-on en définitive la tenir pour tout à fait évanescence ? Serions-nous finalement prêts à accepter le fait qu'il puisse ne pas y avoir, en psychiatrie, de coupure nette entre le normal et le pathologique ? Dans sa version forte, l'approche dimensionnelle est assurément d'abord un pari ontologique avant d'être une stratégie méthodologique. Il n'y aurait pas d'entités pathologiques naturelles en psychiatrie ; les symptômes ne feraient que suivre dans leur répartition comme dans leur intensité des courbes de distribution normale au sein de la population générale. Autrement dit, le pathologique n'aurait d'autre signification que statistique, ainsi qu'il en va en médecine somatique pour certaines pathologies comme l'hypertension artérielle ou encore l'ostéoporose. Comme le soulignent Peter Zachar et Kenneth Kendler :

« Certains tenants des continuums prétendent que les lignes de clivage entre trouble et absence de trouble sont intrinsèquement arbitraires et que ce qui existe réellement, ce sont les continuums sous-jacents. Ils sont souvent

36. American Psychiatric Association, « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders », Fourth Edition, Text Revision, Washington DC, *American Psychiatric Association*, 2000, p. xxxi.

dénommés comme des partisans du modèle “dimensionnel”³⁷ » [Notre traduction]

Des lignes de clivages « intrinsèquement arbitraires » : sur le plan philosophique, cela reviendrait à adopter ce qu’il est convenu d’appeler un « normativisme fort » en matière de santé mentale³⁸. Une telle attitude de pensée contraste, et prend même le contre-pied ostensible de l’objectivisme plein d’allant qui avait caractérisé, à la fin des années 1970, le credo né-kraepelinien, lequel martelait tout au contraire, à la barbe des antipsychiatres, qu’« il existe une limite entre le normal et le pathologique » et qu’« il existe des maladies mentales distinctes »³⁹. Finalement, l’opposition entre approche catégorielle et approche dimensionnelle représenterait, comme le remarquent judicieusement Philippe Baruch, Marie-Josée Filteau, Roch-Hugo Bouchard, Emmanuelle Pourcher, Pierre Vincent et Roland Jouvent, dans un article collectif de 1992⁴⁰, « les derniers développements du vieux et plus fondamental débat philosophique concernant la nature de la maladie ». Platon contre Hippocrate : l’approche dimensionnelle invaliderait la conception classique, celle de « l’École platonicienne qui postulait que les maladies devaient être catégorisées en entités distinctes », au profit d’un regain d’intérêt pour les idées de « l’École Hippocratique qui conceptualisait la maladie comme une excroissance dimensionnelle se développant à partir de caractéristiques prémorbides »⁴¹.

Les deux positions philosophiques sont très respectables. Nous aimerions néanmoins attirer sommairement l’attention sur trois difficultés particulièrement sensibles en psychiatrie.

D’abord, s’agissant de ce postulat de continuité, est-il pertinent de statuer en bloc sur l’ensemble des troubles mentaux ? Autrement dit, ne serait-il pas plus judicieux d’examiner au cas par cas les pathologies mentales, dans l’idée que peut-être certaines seront mieux appréhendées suivant une approche catégorielle tandis que d’autres le seront mieux suivant une approche dimensionnelle ? De fait, seules des études empiriques spécifiques peuvent véritablement trancher en mettant en évidence des continuums symptomatologiques qui se perdent insensiblement dans la

37. P. Zachar K. Kendler, « Psychiatric disorders : a conceptual taxonomy », *The American Journal of Psychiatry*, 164 (4), 2007, p. 559.

38. C. Boorse, « On the distinction between disease and illness », *Philosophy and Public Affairs*, 5, 1975, p. 49-68.

39. G. Klerman, « The evolution of a scientific nosology », in J. Shershow (Ed.), *Schizophrenia : Science and practice*, Cambridge, Harvard University Press, 1978. Cité d’après S. Kirk & H. Kutchins, *Aimez-vous le DSM ?*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1998, p. 92.

40. P. Baruch, M. Filteau, R. Bouchard, E. Pourcher, P. Vincent & R. Jouvent, « The dimensional approach to clinical psychopharmacology : a polysemous concept », *Journal of psychiatry & neuroscience*, 17 (2), 1992, p. 55-60.

41. *Ibid.* [Notre traduction]

normalité ou bien au contraire en révélant une taxonicité⁴² de certains troubles se démarquant clairement des autres troubles ou de l'absence de trouble. Or, à cet égard, on peut regretter, en parfait accord avec Nick Haslam (2002)⁴³, Peter Zachar et Kenneth Kendler (2007)⁴⁴, cette tendance opiniâtre de la psychiatrie à vouloir *a priori* que tous les troubles dont elle s'occupe soient de la même facture. En ce sens, il ne semble pas inutile de rappeler que certains troubles mentaux, comme l'autisme, présentent une taxonicité acceptable. Même dans le domaine houleux des troubles de la personnalité, certaines études taxométriques sembleraient montrer qu'une approche catégorielle serait plus adaptée pour certains troubles de la personnalité, comme par exemple le trouble schizotypique⁴⁵. Voilà pour la première difficulté. Une deuxième difficulté doit être prise en compte : à supposer que la frontière entre normal et pathologique soit, de manière générale en psychiatrie, intrinsèquement arbitraire, comment déciderons-nous encore de ce qui est cliniquement significatif ? Haslam soulève ce vieux problème :

« Si un trouble était fabriqué en posant un point de coupure le long d'un "non-kind continuum" – en définissant par exemple comme pathologique les cinq pour cent les plus hauts –, il n'y aurait aucune base fondamentale pour distinguer les personnes affectées de celles qui ne le sont pas, et aucune raison de croire que celles qui sont diagnostiquées vivent quelque chose qui soit cliniquement significatif⁴⁶ » [Notre traduction]

S'agissant par exemple de l'ostéoporose et de l'hypertension artérielle, les frontières définissant la marge d'intervention thérapeutique sont certes arbitraires, mais motivées par la gestion de risques futurs à craindre (accidents vasculaires, fractures...). Mais un tel schéma est-il pertinent en psychiatrie ? Jusqu'où va-t-on avancer la prise en charge précoce des problèmes psychiatriques, dès lors que plus rien ne fait saillie sur le plan clinique ? Tout cela conduit à envisager la troisième difficulté, la plus fondamentale, qui est d'ordre éthique, et dont il faut bien mesurer les tenants et les aboutissants dans ce domaine sensible et très vulnérable aux effets de pouvoir qu'est la psychiatrie : reconnaître la continuité fondamentale du normal et du pathologique, c'est reconnaître que le point de coupure (*cut-point*) que l'on pose entre normal et pathologique est arbitraire et ne fait

42. À savoir le fait de former une catégorie (un taxon) dont les bordures ne sont pas arbitraires. Cela peut être mis en évidence au moyen d'études taxométriques comme l'analyse du maximum de covariance (MAXCOV). Cf. N. Haslam, « The dimensional view of personality disorders : A review of the taxometric evidence », *Clinical Psychology Review*, 23, 2003, p. 75-93

43. N. Haslam, « Kinds of Kinds : A Conceptual Taxonomy of Psychiatric Categories », *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 9, 2002, p. 203-218.

44. Zachar & Kendler (2007), *op. cit.*

45. Haslam (2003), *op. cit.*

46. Haslam (2002), *op. cit.*

que refléter certaines considérations pragmatiques⁴⁷. Pire, vouloir se passer de cette démarcation catégorielle fondatrice de toute intervention médicale, comme certains semblent l'espérer, c'est accepter la perspective de « psychiatriser » la plupart des comportements qui simplement posent problème, en vue d'une conception « positive » et « totale » (*integrative*) de la psychiatrie, orientée vers le bien-être (*well-being*) des individus, et qui ne peut que laisser songeur⁴⁸.

2. L'essentialisme des traits psychologiques

Le contexte théorique particulier dans lequel se tient le débat entre partisans d'une approche catégorielle et partisans d'une approche dimensionnelle concerne avant tout, nous l'avons évoqué, l'avenir des troubles de la personnalité (axe II du DSM). La notion de « trouble de la personnalité » (*Personality Disorder*) a toujours été une notion fruste du discours psychiatrique, embarrassé quant à ce qu'il devait, sans vouloir trop l'avouer, à la psychanalyse. Car le problème, dans un contexte médical, n'est pas tout à fait le même selon qu'on insiste sur l'aspect « trouble » (*Disorder*) ou sur l'aspect « personnalité » (*Personality*) de l'étiquette. Haslam⁴⁹, à cet égard, a raison de faire remarquer qu'on aura tendance à adopter une approche catégorielle, ou au contraire une approche dimensionnelle, suivant le côté vers lequel on penche. Dans le premier cas, on insistera sur la morbidité de certaines structures idiosyncrasiques. Mais le problème se pose de savoir si l'on peut véritablement assimiler les troubles de la personnalité à d'authentiques maladies mentales. De fait, sur le plan épistémologique, on ne fait que redoubler ainsi la difficulté séculaire de parvenir à une délimitation acceptable et précautionneuse de la sphère du pathologique en psychiatrie. Robert Kendell, en 2002, avait clairement mis en évidence ce problème en insistant sur le danger – d'une actualité certaine ! – de « pathologiser » à des fins répressives (« de détention préventive ») certains individus jugés potentiellement dangereux⁵⁰. Insistera-t-on plutôt sur l'aspect « personnalité » des troubles de la personnalité ? Le problème épistémologique et éthique reste le même, mais on peut au moins espérer éclairer la pathologie par la connaissance de la structure normale de la

47. *Ibid.*

48. Cf. R. Cloninger, « The science of well being : An integrated approach to mental health and its disorders », *World Psychiatry*, 5 (2), 2006, p. 71-76. L'auteur de cet article édifiant n'hésite pas, par exemple, dans sa volonté de promouvoir une conception positive de la santé mentale, à intégrer dans son programme de « coaching » mental le facteur « spiritualité », facteur essentiel longtemps négligé à ses yeux par une psychiatrie trop matérialiste...

49. Haslam (2003), *op. cit.*

50. Il n'est pas anodin d'insister sur le fait que l'élargissement de la catégorie des maladies mentales (*mental illnesses*) aux troubles de la personnalité a été avant tout en Angleterre, autour des années 2000, l'expression d'une volonté politique, et que c'est un personnage éminent du corps médical comme Kendell qui doit montrer des réserves en présentant des arguments épistémologiques. Cf. R. Kendell, « The Distinction between Personality Disorder and Mental Illness », *British Journal of Psychiatry*, 180, 2002, p. 110-115.

personnalité. C'est ce qui se produit aujourd'hui. Il y a en effet, de la part des « psychologues personnalistes », une volonté franche de renouer des liens entre l'étude de la personnalité « normale » et la psychopathologie.

Précisons ce contexte théorique actuel. À maints égards, on voit en ce début de siècle ressusciter dans toute son acuité le débat qui opposait les tenants du « causalisme » à ceux du « conditionnalisme » au début du siècle précédent⁵¹. Déçus de ne pas trouver d'étiologie claire aux troubles mentaux, et encouragés par les travaux portant sur la stabilité des traits de personnalité, les chercheurs ont réinvesti la notion de « terrain » qui a trouvé une nouvelle fraîcheur, ne serait-ce que sous la catégorie de « vulnérabilité ». L'idée s'impose qu'au lieu de chercher des étiologies précises aux troubles, la psychiatrie doit s'efforcer de préciser les conditions multiples (notamment de « stress ») qui peuvent précipiter un individu déjà fragile dans la maladie. Le terrain, c'est-à-dire l'état prémorbide, constituerait la partie essentielle de la psychopathologie – on pourrait dire : la partie immergée de l'iceberg. D'aucuns estiment alors souhaitable d'opérer un rapprochement entre la psychopathologie et l'étude des traits de la personnalité, deux domaines disciplinaires qui avaient divergé, par nécessité de spécialisation, dans les années 1960⁵². Or, tandis que les années 1970 avaient été dominées par l'idée que la personnalité n'existe pas – position défendue par les « situationnistes », au premier rang desquels figure Walter Mischel⁵³, qui estimait que la personnalité de chacun est avant tout le produit des interactions socioculturelles –, la grande majorité des travaux des décennies suivantes tendent à montrer au contraire que certains traits de personnalité jouiraient d'une forte composante héréditaire. « Il fut un temps où l'on n'avait pas de personnalité. Heureusement, les temps changent », s'exclame ainsi Lewis Goldberg⁵⁴ qui se réjouit du retour au premier plan dans les années 1980 et 1990 des tentatives de typologies des traits de personnalité.

Il y aurait beaucoup à discuter concernant la pertinence et la validité des études psychométriques de la personnalité réalisées dans le sillage de la

51. Il s'agissait d'un débat théorique, très vif en Allemagne, portant sur la nature de la maladie en général. Il opposait les « causalistes » (Hueppe, Martius) aux « conditionnalistes » (Verworn, Hansemann), les deux camps s'accordant à critiquer, de manière plus ou moins radicale, l'approche simpliste monocausale qui avait prédominé jusqu'alors en médecine sur le modèle de la maladie infectieuse. Ce débat a eu une grande influence sur la conception moderne multifactorielle de la maladie. Cf. D. Von Engelhardt, « Causality and Conditionality in Medicine around 1900 », in C. Delkeskamp-Hayes & M.-A. Gardell Cutter (Eds.), *Science, Technology, and the Art of Medicine*, Kluwer Academic Publishers, 1993, p. 75-104.

52. On peut en trouver un témoignage dans le fait que, à la fin de l'année 1964, le vieux et respectable journal américain *Journal of Abnormal and Social Psychology* se scinde en deux journaux : le *Journal of Abnormal psychology* d'une part, et le *Journal of Personality and Social Psychology* d'autre part.

53. W. Mischel, *Personality and assessment*, New York, Wiley, 1968.

54. L. R. Goldberg « The Structure of Phenotypic Personality Traits », *American Psychologist*, 48 (1), 1993, p. 26-34.

recherche néogaltonienne⁵⁵. Disons seulement que les biais méthodologiques et les simplifications philosophiques ne manquent pas et devraient inviter au scepticisme – tout au moins à la circonspection. Le fameux *Big Five*⁵⁶, par exemple, cette vaste opération de distillerie statistique, dont les promoteurs espèrent trouver une application un peu plus noble en psychopathologie que celle qu'il a trouvée pour l'instant – à savoir comme outil de sélection sur le marché du travail –, repose sur des hypothèses⁵⁷ et des inférences⁵⁸ pour le moins fragiles sinon hasardeuses. Quoi qu'il en soit, contentons-nous seulement, dans le tableau général que nous brossons, de constater que ce sont bien souvent les mêmes qui sont « nominalistes concernant les catégories et essentialistes concernant les continuums »⁵⁹ : l'approche dimensionnelle, appuyée sur une certaine psychologie des traits de personnalité, vise clairement à introduire un « nouveau réalisme »⁶⁰ en psychopathologie.

3. Pour un nominalisme médical bien tempéré

Il nous semble que le succès actuel de l'approche dimensionnelle en psychiatrie paradoxalement repose sur ce réalisme indécrottable qui a toujours été la philosophie première des médecins. Désespérant du réalisme des maladies mentales, les psychiatres se réfugieraient dans un réalisme des traits psychologiques, au prix d'un nominalisme médical radical. De fait, les partisans d'une approche massivement dimensionnelle de la psychiatrie ne manquent jamais de justifier la nécessité d'abandonner l'approche catégorielle en rappelant que celle-ci est incapable, selon la formule de Platon qu'ils citent volontiers, de « découper par espèces suivant les articulations naturelles »⁶¹. La critique de l'approche catégorielle insiste avant tout sur notre impuissance à mettre en lumière des *natural kinds*. Pourtant, il convient d'insister sur le fait que l'approche catégorielle est en réalité bien plus riche et plus avisée. Haslam, dans un bel article de 2002 intitulé « *Kinds of kinds : a conceptual taxonomy of psychiatric*

55. Pour une critique épistémologique, Cf. J.-T. Lamiell, « La psychologie contemporaine des "traits" dans le cadre de la recherche néogaltonienne : comment elle est censée fonctionner et pourquoi en réalité elle ne fonctionne pas », *Psychologie française*, 51, 2006, p. 337-355.

56. Il s'agit d'un modèle de la personnalité à cinq dimensions, comprenant : ouverture, agréabilité, extraversion, caractère consciencieux, stabilité émotionnelle (Goldberg, 1993).

57. Comme l'hypothèse lexicale, héritée de Sir Francis Galton, qui postule que les traits essentiels de la personnalité doivent être encodés dans des termes simples du langage courant.

58. Vieux problème que celui de savoir ce qu'il est légitime d'inférer à partir des résultats d'analyses factorielles. Jay Gould (*La mal-mesure de l'homme*, 1983, p. 266-285), avec une clarté remarquable, a dénoncé la tentation de réifier des résultats statistiques en certaines composantes essentielles.

59. Zachar & Kendler (2007), *op. cit.*

60. « A new realism might be introduced into clinicians assumptions about the nature of mental disorders », peut-on lire dans l'*Agenda Research* du DSM-V (2002), p. 12.

61. Platon, *Phèdre* (trad. E. Chambry), Paris, GF-Flammarion, 265e.

categories »⁶², a détaillé la riche palette épistémologique dont dispose le taxonomiste, allant des *natural kinds* aux *non-kinds*, en passant par les *discrete kinds*, les *fuzzy kinds* et les *practical kinds*. À partir de là, l'opposition massive entre deux types d'approche, celle des *natural kinds* (dans laquelle on a voulu enfermer l'approche catégorielle), et celle des *non-kinds* (à quoi se réduit finalement l'approche dimensionnelle), peut paraître un peu sommaire et comme le signe d'une conception naïvement réaliste de la pathologie médicale, où la maladie est encore conçue comme une entité qui ou bien existe absolument, ou bien doit être tenue pour fictive. Pourtant, de très bons arguments, depuis trente ans, sont avancés pour défendre en médecine un normativisme modéré. Tristram Engelhardt, notamment, dans un texte devenu classique⁶³, avait montré comment la réalité des maladies était toujours redevable un tant soit peu à la communauté médicale qui les diagnostique. Cela revenait à insister sur la nécessité de dépasser « l'alternative entre une conception totalement naturaliste et une conception totalement relativiste de la maladie »⁶⁴. Or, si l'approche dimensionnelle, dans sa version forte et théorique, débouche inévitablement sur une remise en cause radicale du modèle médical, l'approche catégorielle, quant à elle, s'accommode volontiers sur le plan théorique d'un nominalisme minimal compatible avec les exigences du modèle médical :

« Les nominalistes modérés s'accordent à penser que nous découvrons des choses au sujet des troubles mentaux davantage que nous ne les inventons, mais ils pensent aussi qu'il y a plusieurs manières de diviser les pathologies, et qu'aucune n'a une priorité universelle indépendante des fins que l'on se propose. Catégoriser, cela requiert de décider autant que de découvrir⁶⁵ »
[Notre traduction]

Ce que les partisans de l'approche dimensionnelle tendent aujourd'hui à oublier, c'est précisément le fait qu'une classification est toujours l'objet de multiples décisions théoriques. Le concept phare des années 1950 aux années 1980, en épistémologie médicale, avait été celui de « critère ». Le fait qu'il tende de nos jours à être abandonné au profit justement du concept de « dimension » n'est pas anodin : le concept de critère n'a pas la charge essentialiste qu'a le concept de dimension. Le critère, même *bon*, dans la mesure où il désigne une règle qui permet de trancher, rend toujours sensible un certain caractère de décision dans l'activité de classer. Lorsque, par exemple, suivant les critères de Feighner⁶⁶, pour un trouble donné, on exige

62. Haslam (2002), *op. cit.*

63. H. T. Engelhardt, « The Concepts of Health and Disease », in A. Caplan, H. Engelhardt Jr. & J. MacCartney (Eds.), *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*, Reading (MA), Addison - Wesley Publishing Company, 1981, p. 31-45.

64. J. Gayon, « Épistémologie de la médecine », in D. Lecourt, *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF.

65. Zachar & Kendler, *op. cit.*, p. 558.

66. J. Feighner, E. Robins, S. Guze, R. Woodruff, G. Winoku & R. Munoz, « Diagnostic criteria for use in psychiatric research », *Archives of General Psychiatry*, 26, 1972, p. 57-63.

que soient présents cinq parmi huit critères proposés pour poser le diagnostic, et que s'il en manque un, il faille seulement poser un diagnostic « probable », le caractère nécessairement un peu conventionnel du découpage saute aux yeux. À l'inverse, quand on abandonne ce modèle heuristique déductif de la maladie qui laissait en suspens la question ontologique⁶⁷, pour un modèle où l'on ne déduit plus une maladie à partir de critères décisionnels, mais où l'on se propose de *situer* les particularités d'un individu dans un espace à n dimensions, on risque d'abandonner du même coup cette exigence médicale et éthique, à laquelle s'étaient soumises toutes les classifications jusqu'à nos jours : chercher à pointer le problème que le patient *a*, et non se contenter de relever le problème que le patient *est*.

Conclusion

L'engouement contemporain pour les approches dimensionnelles peut, nous semble-t-il, s'expliquer par deux phénomènes concomitants : une certaine usure et désespérance quant à la pertinence du modèle médical en psychiatrie, et un renouveau d'intérêt pour les théories de la personnalité en psychopathologie. C'est du reste la psychologie de la personnalité qui fournit aujourd'hui les motivations les plus impatientes et les plus insistantes pour adopter une approche dimensionnelle des troubles mentaux, quand bien même celle-ci doit encore, en dehors de la question de sa validité théorique, prouver son éventuelle utilité clinique en psychopathologie⁶⁸. Quoi qu'il en soit, si les approches dimensionnelles peuvent, comme nous l'avons vu, permettre d'affiner la clinique psychiatrique, on se trompe sans doute à voir en elles une sorte de panacée méthodologique qui suffirait à lever toutes les difficultés sur lesquelles la psychiatrie a toujours achoppé. L'approche catégorielle, à condition de ne pas l'enfermer dans une conception trop étroite, continue d'offrir des perspectives intéressantes, voire essentielles, pour l'amélioration des systèmes classificatoires. D'une part, sur le plan épistémologique, elle est susceptible de favoriser un traitement méthodologiquement différencié des troubles mentaux, sans préjuger *a priori* et génériquement de leur statut ontologique. D'autre part, sur le plan éthique, elle constitue, malgré l'inconfort de certains effets indéniables de stigmatisation – mais peut-être aussi grâce à cette inconfort –, un allié privilégié d'une psychiatrie prudente, se refusant à abandonner le modèle médical sur lequel la psychiatrie moderne a voulu fonder sa légitimité.

67. Cf. A. Fagot-Largeault, « Le concept de maladie sous-jacent aux tentatives d'informatisation du diagnostic médical », *Hist. Phil. Life Sci.*, 10 suppl., 1988, p. 89-110.

68. M. B. First, « Clinical utility : A prerequisite for the adoption of a dimensional approach in DSM », *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 2005, p. 560-564.