

Régler le vide définitionnel du DSM : la tentative de Wakefield

CHARLES OUELLET, *Université Laval*

Résumé

Dans cet article seront analysées deux prétentions que Wakefield accorde à sa théorie, soit que (1) la *Harmful Dysfunction Analysis* (HDA) permet de générer une conception du trouble mental qui s'accorde avec les intuitions qu'ont les professionnels de la santé lorsqu'ils attribuent un trouble mental et que (2) sa théorie dote le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) d'une définition opérationnelle satisfaisante qui permet de circonscrire le domaine du psychopathologique. Je montrerai que Wakefield échoue à satisfaire ces deux prétentions. La première échoue principalement en raison de la notion de fonction naturelle utilisée par Wakefield. La deuxième échoue, car l'auteur est ambivalent et permet deux interprétations problématiques de la HDA. Bien que je crois que ces prétentions doivent être abandonnées, la HDA de Wakefield semble tout de même très intéressante pour l'élaboration d'une classification des maladies mentales différente de l'approche prisée par le DSM.

Introduction

Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*¹ (DSM) n'offre pas de définition explicite du trouble mental, ce qui contribue à affaiblir la crédibilité des diagnostics faits en vertu du guide américain². Il y a quelque chose d'embarrassant, en effet, dans le fait d'attribuer un trouble mental à un individu sans avoir préalablement défini ce qu'est un *trouble mental*. Une contribution particulièrement importante à ce problème fut apportée par le philosophe américain Jerome Wakefield. L'auteur de la *Harmful Dysfunction Analysis* (HDA) propose un cadre d'analyse qui permet, selon lui, de discriminer les individus atteints d'un trouble mental des individus qui ne le sont pas, et ce, sans se prononcer sur la

nature de ces états pathologiques. Wakefield prétend que la notion de trouble mental qu'il dégage correspond à celle des professionnels de la santé lorsqu'ils attribuent un trouble donné à un individu. De plus, la HDA permettrait de générer une définition du trouble mental qui pourrait, selon Wakefield, venir combler le manque définitionnel du DSM. Dans cet article, je montrerai que Wakefield échoue à satisfaire ces deux prétentions. Je commencerai par exposer le contexte dans lequel s'insère le projet de Wakefield avant de présenter en quoi consiste la *Harmful Disorder Analysis*. Il me sera ensuite possible de critiquer la prétention selon laquelle le cadre d'analyse permet de rendre compte des intuitions qui sous-tendent les jugements diagnostics faits par les professionnels de la santé, puis de défendre la thèse, dans un dernier temps, selon laquelle la HDA ne permet pas de combler le vide définitionnel du DSM.

Le projet de Wakefield

Si vous rencontrez des psychologues ou des psychiatres dans le cadre de consultations, il est fort probable qu'ils utilisent des termes comme «trouble mental», «maladie mentale» ou «trouble pathologique». Cependant, cela n'implique pas que ces experts partagent une même notion théorique. Si vous consultez un tenant de l'approche psychodynamique, d'un cognitivo-comportementaliste ou d'un humaniste, ils vous parleront très différemment du trouble qu'ils vous auront trouvé. Cependant, même si ces spécialistes de l'esprit humain utilisent des conceptions différentes de la maladie mentale, il est fort probable qu'ils vous diagnostiquent avec le même livre, soit le DSM-4-R (ou le DSM-5)³. Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* est un ouvrage de référence publié par la Société Américaine de Psychiatrie qui propose une nosologie des troubles mentaux, c'est-à-dire une classification particulière des maladies mentales. Cette classification se veut athéorique, c'est-à-dire neutre quant au choix de l'approche théorique à adopter⁴. Bien que plusieurs critiques aient été faites contre le DSM, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une des classifications les plus utilisées par les cliniciens d'aujourd'hui⁵.

Cet article portera sur un problème particulier concernant la nosologie du DSM. Il convient ainsi de distinguer deux types d'exercice : c'est une chose que d'élaborer une *classification* des troubles mentaux et c'en est une autre que d'élaborer une *définition* du trouble mental qui permet de distinguer quels individus sont dignes ou non d'être placés dans cette classification. Force est d'admettre que les auteurs du DSM ont, en quelque sorte, réussi ce premier exercice (produire une classification). Or, il y a lieu de croire qu'ils n'ont pas réussi à accomplir le deuxième. Le DSM ne fournit pas de définition claire et consensuelle du trouble mental. Spitzer & Endicott, deux des auteurs de la 3e édition du DSM, proposèrent une définition (dans un article postérieur à la rédaction du DSM-3) en terme de détresse ou d'handicap non attendu (*unexpected distress or disability*)⁶. Sans être officielle, cette définition serait pour le moins sous-entendue dans le DSM-3. Elle chercherait, sans succès certain, à cerner l'idée de trouble mental :

These questions amount to asking whether there is a dysfunction ; roughly, a dysfunction occurs when something goes wrong with the internal functioning of the organism. *DSM-III-R's* operational definition of disorder as 'statistically unexpected distress or disability' neither locates the problem within the person (unexpected distress can be caused by environmental stress) nor establishes that something has gone wrong with the person's functioning (unexpected distress can occur despite proper functioning ; Wakefield, 1992b), and thus fails to meet the dysfunction requirement⁷.

Wakefield juge que la définition proposée par Spitzer & Endicott est insatisfaisante dans son rôle de définition opérationnelle, notamment car elle ne permet pas d'établir la présence d'une dysfonction. Une définition opérationnelle, selon l'approche défendue par Hempel, devrait permettre de « fournir des critères objectifs au moyen desquels n'importe quel investigateur scientifique peut savoir, pour n'importe quel cas particulier, si le terme s'applique ou ne s'applique pas⁸ ». Par exemple, il serait possible de définir opérationnellement l'eau comme étant une substance qui, sous une

pression de 101.3 kilopascals, gèle à 0 degré Celsius. Grâce à cette définition, n'importe quel individu peut tester si la substance qu'il a devant lui est de l'eau ou non. Une définition du trouble mental qui se prétendrait opérationnelle inclurait donc une procédure pour vérifier si l'étiquette « trouble mental » est légitime ou non⁹. Wakefield trouve la définition opérationnelle de Spitzer & Endicott insatisfaisante à cet égard, car un handicap ou une détresse inattendue peut survenir sans qu'il y ait présence d'une dysfonction (rappelons que la présence d'une dysfonction est un élément nécessaire, selon Wakefield, pour qualifier un individu de « troublé mentalement »). C'est d'ailleurs une des raisons qui le motivera à élaborer la HDA, dont il sera question dans cet article.

Derrière ce souci de trouver une définition opérationnelle du trouble mental se cache aussi une tentative de dissiper le scepticisme créé par le mouvement antipsychiatrique. Certains auteurs associés à ce courant soutiennent que le concept de trouble mental est essentiellement normatif et que la maladie mentale n'est en soi qu'un mythe¹⁰. Produire une définition du trouble mental pourrait servir à dissiper ces critiques, particulièrement si cette définition incluait une composante factuelle qui viendrait contrecarrer l'hypothèse d'un normativisme fort. Dans ces conditions, il semble tout à fait désirable de doter le DSM d'une définition claire, explicite et consensuelle du trouble mental.

Plusieurs tentatives ont été faites par des philosophes de la médecine pour définir la maladie mentale. Du côté normativiste, Peter Sedgwick définira la maladie comme un état jugé indésirable. Selon lui, tout état qualifié de « maladif » n'est essentiellement qu'un état considéré déviant par rapport à un autre jugé préférable¹¹. En ce sens, lorsque l'on attribue une maladie à un individu, nous ne faisons qu'exprimer un jugement social. La théorie de Sedgwick est qualifiée de « normativisme fort », car il refuse d'attribuer une existence ontologique à la maladie. À noter que selon cette définition du trouble mental, l'élaboration du DSM peut facilement être vue comme une entreprise douteuse de contrôle social. De l'autre côté du spectre, Christopher Boorse défend une théorie naturaliste. Le concept théorique de maladie qu'il propose fait appel à la notion de

fonction, de normalité statistique et de *design* et serait, selon lui, purement factuel¹². Une définition comme celle de Boorse pourrait intéresser les architectes du DSM car elle fournirait un concept scientifique sur lequel appuyer leur classification.

Certains auteurs tentèrent d'élaborer une conception de la maladie qui se positionne à mi-chemin entre normativisme et naturalisme. Une des plus remarquables d'entre elles a été proposée par Jerome Wakefield¹³. Le cadre d'analyse (la *Harmful Dysfunction Analysis*) qu'il propose permettrait, selon lui, de discriminer les états pathologiques des états non pathologiques tout en s'accordant avec les intuitions qui sous-tendent les diagnostics faits en vertu du DSM. Selon lui, l'analyse qu'il propose permettrait aussi de dégager une définition du trouble mental qui pourrait servir de critère pour déterminer si un état particulier mérite d'être placé dans la classification du DSM :

Fixer le concept du trouble pathologique n'est pas la même chose que d'en dégager une théorie. Les théories physiologiques, comportementales, psychanalytiques, etc., tentent d'expliquer les causes des troubles mentaux et de déterminer leurs mécanismes sous-jacents, tandis que le concept de trouble pathologique sert de critère pour identifier le domaine que toutes ces théories tentent d'expliquer. Ce concept est pratiquement le même chez les professionnels de la santé et dans le public profane (Campbell, Scadding, & Roberts, 1979), et il est à la base de la tentative dans le DSM-III-R de fournir des critères diagnostiques athéoriques et universellement acceptables (Spitzer Williams, 1983, 1988; Wakefield, 1992)¹⁴.

L'idée de Wakefield consiste à dire que lorsqu'un psychologue ou un psychiatre produit un jugement médical concernant la présence ou non d'un trouble mental, ce qu'ils veulent dire, c'est qu'il y a présence d'un dysfonctionnement préjudiciable¹⁵. Dans cet article, nous tenterons d'évaluer si Wakefield parvient à remplir ces deux prétentions, soit que (1) la *Harmful Dysfunction Analysis* permet de générer une conception du trouble mental qui s'accorde

avec les intuitions qu'ont les professionnels de la santé lorsqu'ils attribuent un trouble mental et que (2) sa théorie dote le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* d'une définition opérationnelle satisfaisante, qui permette de circonscrire le domaine du psychopathologique.

Avant d'aller plus loin, il convient de présenter quelques éléments essentiels à la compréhension de la théorie de Wakefield.

La Harmful Dysfunction Analysis de Wakefield

Wakefield défend une théorie hybride de la maladie mentale qualifiée de « normativisme faible », car elle comporte une composante évaluative ainsi qu'une composante factuelle. Pour qu'un état soit qualifié de « trouble pathologique », deux critères doivent donc être remplis. (1) Cet état doit produire un certain préjudice pour l'individu et/ou le priver d'un bénéfice au regard de son environnement social et (2) ce préjudice doit être causé par un dysfonctionnement. Dans la section qui suit, j'examinerai chacune de ces deux composantes.

La première partie de sa définition du trouble pathologique est d'ordre évaluatif. Pour qu'un état soit jugé comme étant pathologique, il faut qu'il soit considéré comme néfaste par son porteur ou au sein de l'environnement social de cet individu. Wakefield inclut la notion de préjudice dans sa théorie, car il croit que celle de dysfonctionnement est insuffisante pour cerner ce que l'on entend par « pathologie ». S'il existait une telle chose qu'un état dysfonctionnel et non préjudiciable, cet état ne mériterait pas d'être considéré comme un état pathologique. Wakefield ne développe pas beaucoup sa notion de *préjudiciable*. Il faut cependant l'entendre dans le sens pratique et clinique de « causer un tort ». Dans la pratique, un patient ne viendra pas se plaindre à son médecin si rien ne lui cause un ennui de santé. Wakefield veut ainsi empêcher les états dysfonctionnels, mais non préjudiciables d'être considérés comme pathologiques.

La notion de dysfonctionnement, elle, est technique et demande d'être explicitée. Le terme « dysfonctionnement » doit être compris comme l'échec d'un (ou plusieurs) mécanisme à remplir la fonction naturelle pour laquelle il a été façonné par l'évolution¹⁶. Par exemple, il est possible de formuler l'hypothèse selon laquelle le mécanisme

responsable de la fièvre a eu comme fonction, à travers le temps, de réguler la température du corps et d'éliminer de potentiels virus ou bactéries pathogéniques¹⁷. Si ce mécanisme venait à ne pas fonctionner ou à fonctionner à outrance, il serait considéré comme dysfonctionnel. Les mécanismes dont il est question peuvent se trouver à divers niveaux (génétique, organique, neurologique, modulaire, etc.).

Le concept de dysfonctionnement chez Wakefield s'appuie sur la notion de fonction naturelle au sens étiologique¹⁸. Les fonctions naturelles sont conçues comme « des effets qui expliquent l'existence et la structure de mécanismes mentaux ou physiques se produisant naturellement¹⁹ ». Ce type de théorie de la fonction considère que la fonction d'un trait est déterminée par l'effet pour lequel ce trait a été sélectionné²⁰. Pour appuyer sa notion de fonction naturelle, Wakefield fait appel à ce qu'il nomme le « black box essentialism ». Wakefield veut ainsi déterminer le sens de la fonction naturelle de sorte qu'elle ne s'applique qu'aux processus biologiques, et ce, sans identifier les processus biologiques en question : « the notion of function is created to label the results of this unique biological process, whatever it is²¹ ». Ainsi, lorsque Wakefield se prononce sur la définition du trouble mental, il ne se prononce pas sur l'identité du mécanisme dysfonctionnel :

So independent of any theory, *function* is defined to refer to any explanatory effect that is caused by the same process as the one that explains the base set of nonaccidental benefits : A natural function of a biological mechanism is an effect of the mechanism that explains the existence, maintenance, or nature of the mechanism via the same essential process (whatever it is) by which prototypical nonaccidental beneficial effects – such as eyes seeing, hands grasping, feet walking, teeth chewing, fearing danger, and thirsting for water – explain the mechanisms that cause them²².

Selon Wakefield, cette notion de fonction permet d'assurer la prétention factuelle et scientifique de la HDA, car elle assure que la notion de fonction réfèrera à un effet produit par ce mécanisme (effet

qui explique l'existence et la nature du mécanisme). Par exemple, il ne sera pas permis d'affirmer qu'un nez qui ne peut pas porter de lunettes est un état pathologique, principalement parce que «pouvoir tenir des lunettes» n'est pas un effet qui permet d'expliquer l'existence actuelle de nos nez (le pouvoir d'assurer la respiration pendant la mastication est déjà une hypothèse plus plausible²³). Nous reviendrons bientôt sur cette notion de fonction naturelle.

La HDA s'inscrit dans une vision évolutive de l'esprit humain, vision selon laquelle l'architecture actuelle de l'esprit consiste en une foule de mécanismes ayant été, lentement mais sûrement, façonnés par la sélection naturelle : «Lorsqu'un individu rencontre un problème, il n'a pas à le résoudre à partir de rien. Il est déjà armé : l'histoire de notre espèce l'a doté d'un équipement cognitif, largement inconscient, qu'il hérite de ses ancêtres²⁴». Ces mécanismes (qui font partie de l'équipement cognitif) ont été sélectionnés, car ils permettaient de résoudre certains problèmes adaptatifs chez nos ancêtres vivant à l'époque du Pléistocène. Pour en arriver à former un jugement correct concernant un état pathologique tout en respectant les exigences d'une définition opérationnelle, il faut être capable d'identifier quelle fonction naturelle un mécanisme a remplie dans son histoire évolutive, évaluer si ce mécanisme échoue présentement à remplir sa fonction naturelle (laquelle aura été déterminée par l'analyse de l'histoire évolutive du mécanisme) et déterminer si ce mécanisme produit un préjudice à l'individu. Dans ces conditions, produire un jugement correct sur un état pathologique est un défi de taille. Or, il n'est pas clair que Wakefield est aussi exigeant avec sa conception. Il sera question de ce point plus loin dans le texte.

Dans ce contexte, comment la HDA de Wakefield permet de venir en aide au DSM ? Tout d'abord, elle permet de formuler une définition du trouble mental :

un état est un trouble mental si et seulement si (a) cet état produit un certain préjudice ou prive la personne d'un bénéfice au regard des attentes de la culture à laquelle elle appartient (critère évaluatif), et (b) cet état résulte d'une incapacité d'un certain mécanisme mental à réaliser sa fonction naturelle, où par fonction naturelle nous entendons un effet qui fait partie

de l'explication évolutionniste de l'existence de la structure du mécanisme mental en question (critère explicatif)²⁵.

Cette définition du trouble mental, comprise comme un dysfonctionnement préjudiciable, pourrait servir de critère pour déterminer qui mérite d'être placé dans la classification et qui ne le mérite pas. C'est-à-dire qu'avant même de chercher à classer un individu dans la nosologie du DSM, nous pourrions commencer par vérifier s'il y a bel et bien présence d'un dysfonctionnement préjudiciable. Cela permettrait de réduire le nombre de cas de faux positif (des cas où il y a eu, à tort, un jugement de maladie). Par ailleurs, la définition pourrait servir d'outil pour confirmer ou infirmer la validité d'un jugement diagnostique antérieur. Si, par exemple, un cas ambigu de personnalité schizoïde venait à être soulevé, un professionnel pourrait s'appuyer sur les critères diagnostics du DSM, vérifier si ceux-ci sont effectivement satisfaits et chercher à identifier à quel niveau se trouve le dysfonctionnement. Ainsi, il serait possible de dissiper le scepticisme autour de certains diagnostics aux allures douteuses et augmenter la crédibilité des diagnostics. Inversement, la définition faite en vertu de la HDA permettrait de discriminer les jugements frauduleux de trouble mental. Une fine analyse du DSM avec l'aide de la HDA permettrait donc de circonscrire le domaine du psychopathologique en fournissant une définition opérationnelle du trouble mental.

Un autre avantage de la conception du trouble mental de Wakefield est qu'elle permettrait de rendre compte des intuitions des professionnels de la santé mentale. Selon Robert Spitzer²⁶ (un des architectes du DSM), la notion de trouble dégagée par la HDA serait « en adéquation » avec les intuitions des cliniciens : « What was interesting was that the residents had no problem with the Harmful Dysfunction concept of disorder; it seemed to match well their intuitive concept²⁷ ». Si Spitzer a raison et que les gens qui utilisent le DSM ont bel et bien une intuition concernant la présence d'un dysfonctionnement préjudiciable (au sens de Wakefield), alors il serait tout à fait désirable d'ajouter cette notion au DSM et ainsi combler ce manque définitionnel. Spitzer reconnaît l'utilité potentielle de la

HDA et semble ouvert à ce que le DSM adopte cette définition du trouble mental.

La HDA de Wakefield semble prometteuse à bien des égards, notamment lorsque l'on considère qu'elle semble avoir convaincu plusieurs personnes dans le milieu psychiatrique. Nous verrons cependant que la HDA comporte certains problèmes qui permettent de douter de la capacité de celle-ci à venir en aide au DSM.

La HDA correspond-elle aux intuitions des professionnels de la santé ?

Dans cette section je montrerai qu'il est improbable que (1) la HDA permette de générer une conception du trouble mental qui s'accorde avec les intuitions qu'ont les professionnels de la santé lorsqu'ils attribuent un trouble mental à des individus. Si vous demandez à des professionnels de la santé ce qu'ils veulent dire par «maladie mentale», «trouble pathologique» ou «trouble mental», il est improbable qu'une grande partie d'entre eux formule une réponse qui impliquera l'idée d'un dysfonctionnement préjudiciable de type wakefieldien. Rappelons que l'intention de la HDA n'est pas d'attacher une théorie particulière du trouble mental à la notion de trouble mental, mais bien d'offrir une notion qui puisse faire consensus parmi les professionnels de la santé mentale, malgré les divergences quant aux approches théoriques favorisées. Il s'agit d'offrir un cadre d'analyse qui permet de «réconcilier les intuitions cliniques traditionnelles avec les hypothèses évolutionnistes les plus récentes²⁸». Cependant, on peut douter que Wakefield parvienne à remplir ce mandat. Il semble loin d'être certain que les cliniciens en santé mentale utilisent «trouble mental» dans le sens de «incapacité d'un mécanisme mental à remplir la fonction naturelle pour laquelle ce mécanisme a été sélectionné». Plus précisément, il semble improbable que les cliniciens «intuitionnent» une notion étiologique de fonction naturelle.

Une conception étiologique de la fonction naturelle postule que la fonction d'un mécanisme est fixée par rapport à l'apport évolutif de ce mécanisme à la survie de ses porteurs. Les individus ayant ces mécanismes ont été sélectionnés, car ils remplissaient ces fonctions naturelles. Or, bien que ce type de conception soit intéressant à bien

des égards, il semble qu'il ne soit pas particulièrement approprié pour caractériser la conception de la fonction qui est utilisée par les professionnels de la santé. Luc Faucher rapporte une position de Roe & Murphy selon laquelle une conception systémique de la fonction semble plus appropriée à cet égard :

Roe & Murphy (2011) have argued that “the *systemic capacity view* of biological function and dysfunction seems better suited than the *selectionist view* to capture what biomedical scientists take themselves to be doing” (217). In their view, when medicine (as well as disciplines interested in the functional organization of the mind, such as cognitive neurosciences) considers the function of a trait, it is usually not concerned with its evolutionary history, but rather with its contribution to the overall functioning of the organism²⁹

Une conception systémique de la fonction considère qu'il faut fixer la fonction d'un mécanisme par rapport à son appart global à l'organisme. Or, il semble que ce soit précisément ce type de notion de fonction (et non une notion étiologique) qui soit utilisée par les cliniciens. Lorsqu'un médecin pose que le cœur d'un individu est dysfonctionnel, il semble entendre qu'il ne contribue plus (ou moindrement) au fonctionnement global de l'organisme qu'il a devant lui.

Si la conception systémique de la fonction est effectivement meilleure pour rendre compte des jugements faits par les professionnels de la santé alors cela vient directement mettre en doute la prétention de Wakefield. Considérant qu'un des objectifs de la HDA est de «décrire et non de réformer notre conception des phénomènes pathologiques³⁰», il semble que la preuve soit à faire que la HDA permet de décrire l'usage du concept de trouble mental.

Deux interprétations possibles de la HDA

Dans cette section, je défendrai l'idée que la HDA de Wakefield échoue à satisfaire la deuxième des prétentions identifiées au début de l'article soit que (2) la HDA dote le DSM d'une définition opérationnelle satisfaisante qui permettrait de circonscrire le domaine

du psychopathologique. La critique consistera à dire que Wakefield permet deux interprétations différentes de la HDA et que chacune de ces interprétations est problématique lorsqu'on tente d'utiliser la HDA (conjointement avec le DSM) pour poser un diagnostic. Une première interprétation dite « faible » fait en sorte que la HDA est inutilisable à ce stade-ci de nos connaissances scientifiques des phénomènes mentaux alors que la deuxième interprétation dite « forte » permet de justifier presque n'importe quelle inférence fonctionnelle et ainsi rendre légitime toutes les catégories actuelles et possibles du DSM. Steeve Demazeux formule l'ambivalence de la théorie de Wakefield en ces termes :

He [Wakefield] constantly switches between a weak version of his theory, which consists in recognizing the usefulness and even necessity of psychiatry having to make do with inferences that are only hypothetical, and a strong version that advocates definitively consecrating the validity of the inferences informing psychiatric labels, which he sees no need to call into question³¹.

Voyons maintenant ces deux interprétations afin de montrer qu'aucune d'entre elles n'offre de solution satisfaisante pour venir en aide au DSM.

Selon une interprétation faible, la force de la HDA demeure relativement limitée. Il faut être très prudent avec les jugements de trouble mental. La prudence est de mise, car les exigences devant être remplies pour attribuer un trouble mental sont difficiles à satisfaire. Rappelons que pour attribuer un trouble mental à un individu, en vertu de la HDA, il faut minimalement qu'il y ait présence d'un dysfonctionnement. Autrement dit, il faut qu'un certain mécanisme mental échoue à remplir la fonction naturelle pour laquelle il a été sélectionné. Pour satisfaire les exigences d'une définition opérationnelle, cela nécessiterait que l'on connaisse ce mécanisme mental dysfonctionnel et que l'on soit minimalement informé sur son histoire évolutive. Procéder ainsi permettrait d'assurer que n'importe quel investigateur scientifique puisse vérifier la validité de l'usage du concept de dysfonctionnement préjudiciable. Ce mécanisme défaillant

ayant été identifié, il doit également être en relation causale avec un état préjudiciable. Il ne suffit pas qu'il y ait présence accidentelle d'un dysfonctionnement et d'un état préjudiciable. Il faut que le mécanisme défaillant *cause* l'état préjudiciable. Or, considérant que nous sommes dans un état de relative ignorance concernant l'histoire évolutive des mécanismes mentaux et de leurs rapports causaux avec les effets qui leur sont typiquement attribués, il serait précipité de prétendre pouvoir identifier avec certitude la présence ou non d'un dysfonctionnement mental et plus généralement de porter un jugement d'état pathologique. Il faut donc être très prudent lorsque l'on attribue des troubles mentaux, car il s'agit d'une entreprise risquée et faillible³².

Néanmoins, l'une des prétentions de Wakefield est que la HDA puisse permettre de distinguer les états pathologiques des états non pathologiques. Or selon l'interprétation faible de la HDA, la plupart des diagnostics faits en vertu du DSM devraient être suspendus par manque de données fiables concernant l'histoire évolutive des mécanismes mentaux en question. Effectivement, il est probable que seulement très peu de diagnostics faits avec le DSM seraient corroborés par la HDA, selon cette interprétation faible.

Selon une interprétation forte, la HDA reconnaît le pouvoir qu'elle détient de valider le classement des troubles pathologiques. Demazeux formule dans ces termes la tendance qu'a Wakefield à utiliser la HDA pour légitimer les catégories actuelles du DSM : « the author [Wakefield] insists on the highly evident reality of the disorders he lists, and does not hesitate to assert that 'even a lay person would fully recognize' the apparent validity of the categories of the DSM-IV³³ ». Cette interprétation forte se distingue de l'interprétation précédente dans la mesure où il semble désormais beaucoup plus facile de confirmer la présence d'un trouble mental. Selon cette interprétation, il serait possible (et permis) d'inférer l'existence d'un dysfonctionnement sur la base de l'observation de traits de surface. Ces traits de surface sont, par exemple, les faits observables soulignés dans les critères diagnostiques du DSM. Demazeux exprime la logique permettant à Wakefield d'effectuer de telles inférences : « according that the surface properties are the clinical

symptoms of a mental disorder, it is logical to infer the existence of a dysfunction that provides an in-depth explanation of the reliability and validity of the clinical pattern, even when science does not yet know how to definitively identify this dysfunction³⁴». Or, procéder à un tel type d'«inférence essentialiste» pose plusieurs problèmes. Un de ces problèmes est l'absence de raisons probantes qu'à partir de traits de surfaces communs nous pouvons inférer une nature commune, c'est-à-dire un mécanisme biologique commun, qui serait à l'origine de l'occurrence des observations obtenues. Par exemple, la toux, la fatigue et l'écoulement nasal sont des états souvent réunis chez un même individu. Or, en fonction de l'observation seule de ces symptômes, il ne serait pas possible d'inférer qu'il s'agit d'un rhume ou d'une grippe, puisque ces deux types d'infection (dont les causes divergent) partagent sensiblement les mêmes symptômes.

Il s'agit d'autant plus d'un problème considérant la structure même du DSM. Le guide américain, pour remplir sa prétention athéorique, utilise presque exclusivement des critères diagnostiques pouvant être relevés par l'observation clinique. L'interprétation forte de la HDA permet, sur la base de l'idée selon laquelle les observations psychiatriques sont des manifestations cliniques d'un trouble mental sous-jacent, d'affirmer qu'un individu est atteint d'un trouble mental sans même avoir identifié de dysfonctionnement (au sens wakefieldien). Or, il semble relativement clair que plusieurs critères diagnostiques présents dans le DSM pourraient ne pas être le résultat d'un dysfonctionnement mental. Par exemple, un des critères diagnostiques d'un trouble de personnalité schizotypique est le fait d'avoir très peu d'amis ou de confidents autres que les parents du premier degré. Un tel état peut être le résultat d'un contexte environnemental particulier, sans avoir été causé par un dysfonctionnement. Autrement dit, un des problèmes avec l'interprétation forte de la HDA est qu'elle permet de spéculer sur la présence d'un mécanisme dysfonctionnel même sans avoir les connaissances suffisantes pour garantir qu'il y a bien présence d'un dysfonctionnement. Tous les diagnostics de trouble mental réalisés en vertu du DSM peuvent être légitimés par une inférence sur l'essence des mécanismes sous-jacents à nos observations.

C'est-à-dire que sur la base de l'intuition que «quelque chose cloche chez cet individu» il serait possible d'inférer la présence d'un dysfonctionnement (bien que ce dysfonctionnement n'ait pas été, à proprement parler, identifié). Il s'agit d'un problème dans la mesure où selon cette logique, il serait permis d'inférer la présence d'un dysfonctionnement dès qu'un comportement considéré comme indésirable est détecté chez un individu.

Par ailleurs, l'interprétation forte de la HDA rend possible un type d'inférence essentialiste qui ne permet pas d'établir avec suffisamment d'assurance que les individus placés dans une même catégorie de trouble mental partagent une structure biologique commune (qui serait dysfonctionnelle). C'est-à-dire qu'en venant légitimer les catégories du DSM, l'interprétation forte de la HDA permet à des individus qui ont des manifestations cliniques semblables d'être placés dans une même catégorie, et ce en dépit du fait que ce qui *cause* leurs manifestations cliniques puisse être potentiellement très différent. Inversement, des individus porteurs de mécanismes dysfonctionnels semblables pourraient recevoir des diagnostics très différents. Il s'agit d'un problème notamment parce que le DSM présuppose une telle nature commune³⁵ à chacune de ces catégories de trouble mental :

According to Poland et al., the assumption behind the DSM's categorization is that "it is possible to individuate psychopathological conditions on the basis of directly observable clinical manifestations [...] the operationally defined categories within the DSM system are supposed to be *natural kinds* with a characteristic causal structure [...]" (idem, p. 240-1). But as Kendell and Jablensky put it: "... the surface phenomena of psychiatric illness (i.e. the clustering of symptoms, signs, course and outcome) provide no secure basis for deciding whether a diagnostic class or rubric is valid in the sense of delineating a specific, necessary and sufficient biological mechanism"³⁶.

En catégorisant les individus en fonction de manifestations cliniques et sans avoir à identifier le dysfonctionnement en jeu, le

DSM jette le doute sur la possibilité que ses catégories correspondent à des catégories naturelles et ouvre la porte aux critiques portant sur leurs caractères arbitraires.

L'interprétation forte semble donc insatisfaisante pour venir en aide à la nosologie du DSM, car (1) elle permet un type d'inférence problématique qui permet de justifier presque n'importe quel jugement diagnostique et parce (2) qu'elle ne permet pas de regrouper les troubles qui ont une nature commune dans la même catégorie. Ce deuxième point engendre des problèmes concrets, notamment parce que les individus ne sont pas indifférents à la place qu'on leur accorde dans une classification. Ian Hacking utilise le terme «classificatory looping» pour parler d'un phénomène bien connu selon lequel les individus ont tendance à témoigner de symptômes différents (en contexte clinique) dépendamment de leur place dans la classification³⁷. L'interprétation forte de la HDA semble favoriser ce type de phénomène. En effet, il permet de classer certains individus dans la catégorie des gens «troublés mentalement» seulement sur la base que «quelque chose ne va pas chez eux». Procéder de la sorte conduit à une «boucle rétroactive» qui, dans certains cas, peut être très nuisible à l'individu ainsi classifié.

En résumé, il a été dit que Wakefield est ambivalent concernant sa HDA ; les deux façons d'interpréter la HDA mènent à des conclusions problématiques qui empêchent ce dernier de doter le DSM d'une définition opérationnelle satisfaisante qui permettrait de circonscrire le domaine du psychopathologique.

Conclusion

Dans cet article, nous avons tenté d'évaluer si Wakefield parvient à remplir deux prétentions qu'il attribue à la HDA, soit que (1) la HDA permet de générer une conception du trouble mental qui s'accorde avec les intuitions qu'ont les professionnels de la santé lorsqu'ils attribuent un trouble mental et que (2) sa théorie dote le DSM d'une définition opérationnelle satisfaisante, qui permette de circonscrire le domaine du psychopathologique. Il a été défendu que Wakefield échoue à satisfaire ces deux prétentions. La prétention (1) a été jugée insatisfaite, car il est douteux que les professionnels

de la santé aient une conception étiologique de la fonction naturelle en tête lorsqu'ils posent des jugements de trouble mental. Par ailleurs, Wakefield échoue à satisfaire la prétention (2), car l'auteur permet deux interprétations différentes de la HDA et chacune de ces interprétations est problématique lorsqu'on tente d'utiliser sa théorie, conjointement avec le DSM, pour poser un diagnostic. Selon une première interprétation faible, la HDA est inutilisable à ce stade-ci de nos connaissances scientifiques des phénomènes mentaux. Une deuxième interprétation dite forte permet de justifier presque n'importe quelle inférence fonctionnelle et ainsi rendre légitimes toutes les catégories actuelles et possibles du DSM. La HDA de Wakefield est très intéressante et semble pertinente à plusieurs égards. Or, il a été défendu que celle-ci ne permet pas de venir combler le vide définitionnel du DSM. Dans le cadre de recherches futures, il serait pertinent d'analyser plus en profondeur d'autres types de classifications des troubles mentaux dans le but de trouver une nosologie alternative au DSM qui serait plus facilement conciliable avec les hypothèses évolutionnistes les plus récentes.

-
1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5rd ed.)*, Washington, APA, 2013.
 2. L. Faucher, «Evolutionary Psychiatry And Nosology: Prospects and Limitations» dans *The Baltic International Yearbook of Cognition, Logic and Communication*, vol. 7 (2012), p. 5.
 3. Les éditions du DSM qui concerneront ce travail seront le DSM-3 et les suivantes. La troisième édition est considérée par plusieurs comme un changement de paradigme dans la classification psychiatrique et les éditions qui la suivirent (dont le DSM-4-R et le DSM-5) ne s'écarteraient pas de ce paradigme (Faucher, 2012, p. 4). Le terme «DSM» sera indifféremment utilisé dans cet article pour référer à la 3e version non révisée et les suivantes (DSM-3-R, DSM-4, DSM-4-R et le nouveau DSM-5). Ces éditions sont suffisamment semblables pour ne pas avoir à les distinguer ici.
 4. D'autres types de nosologie abandonne cette prétention athéorique et propose une nosologie causale. Sur ce type de nosologie, voir D. Murphy, *Psychiatry in the Scientific Image*, Cambridge, MIT PRESS, 2006.

5. Pour un portrait historique de l'élaboration du DSM et de son importance actuelle, voir S. Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM? : genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque, 2013.
6. J. Wakefield, «Limits of Operationalization: A Critique of Spitzer and Endicott's (1978)». dans *Journal of Abnormal Psychology*, vol.102 (1993), p. 160.
7. *Ibid.*, p. 169.
8. C. G. Hempel, *Aspects of Scientific Explanation*. New York: The Free Press, 1965, p. 141; la citation est de Hempel, mais il est intéressant de noter que c'est Williams Bridgman (physicien et prix Nobel) qui est considéré comme le père de l'opérationnalisme. Sur Bridgman, voir H. Chang, «Operationalism», *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* [En ligne], <http://plato.stanford.edu/archives/fall2009/entries/operationalism/> (2009)
9. Dans le cas qui nous concerne, les unités qui seront placées dans la classification sont des individus et les troubles mentaux particuliers font office de sous catégories à la catégorie générale de trouble mental.
10. T. Szasz, *The myth of mental illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York, 1974.
11. P. Sedgwick, «Illness-Mental and Otherwise», dans *The Hastings Center Studies*, vol. 1, no 3 (1973), pp. 19-40.
12. C. Boorse, «Health as a Theoretical Concept», dans *Philosophy of Science*, vol.44 (1977), pp.542-573. Voir aussi C. Boorse, «What a Theory of Mental Health should be», dans *Journal for the Theory of Social Behaviour*, vol. 6 (1976), pp. 61-84.
13. Wakefield a été un acteur très important dans le débat sur la définition du trouble mental: «No one has done more in the last decade or so to clarify and analyse the concept of mental disorder than Jerome Wakefield» (D. Bolton, «The usefulness of Wakefield's definition for a diagnostic manuals», *World Psychiatry*, vol. 6 (Oct.,2007). p. 164).
14. J. Wakefield, «Le concept de trouble mental: à la frontière entre faits biologiques et valeurs sociales» (1992), dans É. Giroux & M. Lemoine (dir.), *Philosophie de la médecine: santé, maladie, pathologie*, Vrin, 2012, p. 128.
15. Wakefield défend que la conception qu'il élabore rende non seulement compte des intuitions derrière les jugements faits par professionnels de la santé, mais aussi des intuitions communes derrière les jugements populaires. Ces derniers ne concerneront pas ce présent article.
16. J. Wakefield, «Le concept de trouble mental: à la frontière entre faits biologiques et valeurs sociales» (1992), dans É. Giroux & M. Lemoine

- (dir.), *Philosophie de la médecine : santé, maladie, pathologie*, Vrin, 2012, p. 130.
17. R. M. Nesse, « À propos de la difficulté de définir la maladie : une perspective darwinienne », dans É. Giroux & M. Lemoine, *Philosophie de la médecine : santé, maladie, pathologie*, Vrin, 2012, p. 191.
 18. Voir le texte de David-Prévost Gagnon dans ce numéro.
 19. J. Wakefield, « Le concept de trouble mental : à la frontière entre faits biologiques et valeurs sociales » (1992), dans É. Giroux & M. Lemoine, *Philosophie de la médecine : santé, maladie, pathologie*, Vrin, 2012, p. 164.
 20. K. Neander, « The teleological notion of “function” », dans *Australasian journal of philosophy*, vol. 69, no. 4 (1991), p. 459.
 21. J. Wakefield, « Mental Disorder as a Black Box Essentialist Concept », dans *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 108 (1999), p. 471.
 22. *Ibid.*
 23. Sur le programme adaptationniste, voir Godfrey-Smith, « Three kinds of adaptationism », dans S. H. Orzack, et E. Sober, *Adaptationism and Optimality*, University Press, 2001, pp. 335–357.
 24. Voir Jean-Baptiste & H. Mercier, *Darwin en tête ! : l'évolution et les sciences cognitives*, Presses universitaires de Grenoble, 2009, p. 36.
 25. J. Wakefield, « Le concept de trouble mental : à la frontière entre faits biologiques et valeurs sociales » (1992), dans É. Giroux & M. Lemoine, *Philosophie de la médecine : santé, maladie, pathologie*, Vrin, 2012, p. 170.
 26. Robert Spitzer (1932-2015) est considéré comme un des principaux, sinon le principal, architecte du DSM-III : « Dès le départ, Spitzer s'investit dans toutes les étapes de l'élaboration du DSM-III. [...] Spitzer est de toutes les réunions, il intervient sur toutes les décisions. C'est lui qui veille à la cohérence des étiquettes les unes par rapport aux autres, à la hiérarchie des diagnostics, à la clarté des critères d'inclusion ou d'exclusion pour chaque catégorie, à l'absence de redondance ou de contradiction logique. Le DSM-III sera son œuvre ». (Qu'est-ce que le DSM ? Demazeux, p. 136)
 27. R. Spitzer, « Harmful Dysfunction and the DSM Definition of Mental Disorder », dans *Journal of Abnormal Psychology*, 1999, pp. 430-432.
 28. S. Demazeux, « The Function Debate and the Concept of Mental Disorder » dans P. Huneman, G. Lambert et M. Silbserstein (dir.) *Classification, Disease and Evidence : New Essays in the Philosophy of Medicine*, vol. 7 (2015), pp. 63-91, p. 78.

29. L. Faucher, «Evolutionary Psychiatry And Nosology: Prospects and Limitations», dans *The Baltic International Yearbook of Cognition, Logic and Communication*, vol.7 (2012), p. 15
30. S. Demazeux, «The Function Debate and the Concept of Mental Disorder» dans P. Huneman, G. Lambert et M. Silbsertein (dir.) *Classification, Disease and Evidence: New Essays in the Philosophy of Medicine*, vol.7 (2015), pp. 63-91, p. 80.
31. *Ibid.*, p. 85.
32. «But on the other hand, he [Wakefield] has insisted on several occasions in his work on the fact that the inference in question is only “hypothetical”, that it is “risky” in the sense that it can be falsified, and furthermore on the fact that it must be steered cautiously according to all the circumstantial evidence at hand» (Demazeux, 2015, p. 82).
33. S. Demazeux, «The Function Debate and the Concept of Mental Disorder» dans P. Huneman, G. Lambert et M. Silbsertein (dir.) *Classification, Disease and Evidence: New Essays in the Philosophy of Medicine*, vol.7 (2015), pp. 63-91, p. 82.
34. *Ibid.*, p. 83.
35. En ce sens, le DSM propose une nosologie et une taxonomie (classification naturelle).
36. L. Faucher, «Evolutionary Psychiatry And Nosology: Prospects and Limitations», dans *The Baltic International Yearbook of Cognition, Logic and Communication*, vol.7 (2012), p. 8.
37. I. Hacking, *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi?*, Paris, La Découverte, 2008, p. 157.