

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

UN DIAGNOSTIC « PSY » INVISIBLE :
LE CAS DU TROUBLE D'ADAPTATION

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR
SIMON H. LANGLOIS

DÉCEMBRE 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

... être utile, ou du moins ne pas nuire.

- Hippocrate, Épidémies

AVANT-PROPOS

Cette recherche trouve son origine dans un questionnement sur la définition de la dépression et sur le discours scientifique l'entourant. Cette réflexion était la mienne il y a quelques années, celle d'un résident en psychiatrie débutant sa formation. Elle allait incidemment dépassée celle qu'on dira attendue chez un apprenti-« psy » pour se faire « sociologique ». Mon interrogation concernait une « absence » dans tout le débat entourant l'« épidémie de dépressions », celle qu'on identifiait à partir de la hausse continue du nombre de prescriptions d'antidépresseurs et des prévisions de l'OMS faisant de la dépression la deuxième maladie la plus incapacitante au monde pour 2020. À travers toutes les discussions et commentaires dans un espace public sur cette question, je constatais qu'on n'entendait pour ainsi dire jamais parler, c'était mon constat, de cet autre diagnostic utilisé fréquemment en clinique devant un syndrome dépressif : le trouble d'adaptation avec humeur dépressive. Si ce diagnostic de trouble d'adaptation de la nomenclature des troubles mentaux (le DSM) n'est pas formellement identifié ou défini comme une « dépression », statut qu'on accorde à la dépression dite majeure, ma formation académique et clinique m'avait bien appris qu'une consultation pour « dépression » aboutissait relativement souvent en un tel diagnostic. Je m'expliquais mal donc que ce diagnostic de « dépression mineure », comme plusieurs lui prêtent cette appellation, puisse être passé sous silence dans tout le débat ayant cours sur le phénomène dépressif. À mes yeux, s'il existait un diagnostic de « dépression » susceptible de dédramatiser un certain alarmisme provoqué par les statistiques et les médias, en plus d'être capable d'illustrer comment toute dépression n'entraîne pas nécessairement une prescription d'antidépresseur, c'était bien ce diagnostic de trouble d'adaptation avec humeur dépressive. Ce « silence » sur ce diagnostic m'interpellait d'autant plus que j'apprenais à bien distinguer les types de « dépressions » rencontrés en clinique. Je constatais *de visu* qu'un syndrome dépressif pouvait emprunter plusieurs autres visages que celui de l'emblématique dépression majeure et qu'un « typique » épuisement professionnel ou *burnout* se voyait plus souvent qu'autrement donné le diagnostic de trouble d'adaptation. Je trouvais ce « silence » intrigant

à plusieurs égards : comment l'expliquer ? Comment expliquer qu'un discours « psy » entendu dans un espace public, dans les médias traditionnels ou dans une littérature grand public, qui prenait soin de distinguer la déprime « banale » de la maladie dépressive, « oubliée » de parler de ce diagnostic pourtant situé à mi-chemin sur ce continuum dépressif ? J'avais le sentiment que ce « silence » parlait à la fois d'une institution psychiatrique, d'une science médicale et d'une société contemporaine. Qu'il était « symptomatique » d'un malaise « social » dont j'avais de la difficulté à bien identifier l'« étiologie ». Plusieurs questionnements et hypothèses « diagnostiques » surgissaient en mon esprit sans pour autant se révéler pleinement satisfaisants. Ma lecture d'articles scientifiques sur le diagnostic allait me faire voir que plusieurs autres chercheurs partageaient cette forme d'étonnement devant une aussi faible attention scientifique portée à un diagnostic posé aussi fréquemment.

Mon intérêt pour le phénomène dépressif allait prendre une importance plus grande que prévue à la suite d'un stage en santé communautaire en Afrique centrale. Par l'expérience d'une altérité culturelle, je pris alors la juste mesure du caractère construit de la « dépression » en Amérique du Nord et en Occident. Celle-ci n'était pas qu'« universelle » sur un plan expérientiel ou biologique mais aussi dotée d'une dimension toute culturelle dans son expression phénoménologique, sa représentation sociale et l'approche thérapeutique préconisée à son endroit. Cette expérience de vie unique et riche de découvertes multiples que fut ce stage me donna la piqûre de l'aventure sociologique. Elle contribua significativement à me donner le goût d'explorer de façon plus approfondie le regard scientifique et médical porté sur ce diagnostic de trouble d'adaptation et la place qu'il occupe dans le phénomène dépressif contemporain.

Cette recherche n'aura pas été possible sans le support patient et les observations judicieuses d'une clinicienne dévouée, compagne de vie et mère de famille, Yuju. Je suis également reconnaissant envers mon directeur de maîtrise, Marcelo Otero, pour l'encadrement méthodologique dont il m'a fait bénéficier. Ses travaux sociologiques sur la dépression comme phénomène social ont également été une source d'inspiration directe pour ce travail. Merci enfin à tous ceux et celles qui ont contribué de loin ou de proche à l'avancement de cette étude par leurs commentaires et encouragements. Je remercie plus particulièrement

madame Francine Rivest pour l'aide fourni dans la paperasse administrative et Jean-Samuel pour les conseils donnés dans la mise en page. Ce travail a bénéficié de l'appui financier du Fond québécois pour la recherche en science et culture (FQRSC).

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	iii
RÉSUMÉ	viii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS	x
CHAPITRE I	
UNE FAIBLE ATTENTION SCIENTIFIQUE	1
1.1 Un diagnostic de « dépression » prévalent	1
1.2 Une petite production scientifique	4
1.3 Une définition formelle problématique.	7
CHAPITRE II	
UNE ANALYSE DE CONTENU THÉMATIQUE	10
2.1 Un corpus de textes scientifiques	10
2.2 Une sélection de thèmes pertinents	13
2.3 Un cadre clinique et théorique	16
CHAPITRE III	
UNE ENTITÉ DIAGNOSTIQUE MAL SPÉCIFIÉE	20
3.1 Une définition formelle non spécifique	20
3.2 Un champ phénoménologique mineur	27
3.3 Une dépression mineure officieuse	30
CHAPITRE IV	
UNE UTILITÉ CLINIQUE RECONNUE	34
4.1 Une utilité dans un travail clinique	34
4.2 Un statut de diagnostic d'exclusion	38
4.3 Une prévalence hors-clinique inconnue	41
CHAPITRE V	
UN PROBLÈME DE NATURE PSYCHOSOCIALE	45
5.1 Un substrat biologique manquant	45
5.2 Une détresse psychologique médicalisée	47

5.3 Une dimension sociale diffuse	53
CHAPITRE VI	
UNE REPRÉSENTATION SCIENTIFIQUE FLOUE	59
6.1 Une étiquette de trouble psychiatrique	59
6.2 Un objet d'étude médical	62
6.3 Une catégorie diagnostique dissonante	65
CHAPITRE VII	
UN DIAGNOSTIC « PSY » INVISIBLE	69
7.1 Un objet scientifique ambigu	69
7.2 Un objet d'étude évanescent	78
7.3 Un sujet socialement adapté	83
CONCLUSION	89
ANNEXE A	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR	93
ANNEXE B	
CRITÈRES DE RECHERCHE DU TROUBLE DÉPRESSIF MINEUR	94
ANNEXE C	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE PANIQUE SANS AGORAPHOBIE	96
ANNEXE D	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE ÉTAT DE STRESS POST- TRAUMATIQUE	97
ANNEXE E	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA PERSONNALITÉ LIMITE	99
ANNEXE F	
SITUATIONS SUPPLÉMENTAIRES QUI PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN EXAMEN CLINIQUE (DIAGNOSTICS À PROBLÈME)	100
ANNEXE G	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES DE L'ADAPTATION SELON LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES	101
BIBLIOGRAPHIE	102

RÉSUMÉ

Le trouble d'adaptation (TA) est un diagnostic défini par le DSM comme une réaction psychologique à un événement de vie pénible. Sa prévalence clinique est relativement élevée en première ligne médicale où il fait parfois figure de diagnostic officieux de « dépression mineure » et d' « épuisement professionnel ». Bien que le TA soit un diagnostic fréquemment utilisé en clinique médicale, il demeure relativement peu étudié. À peine une centaine de publications scientifiques abordent le diagnostic dans des revues savantes depuis son introduction en 1980. Un tel chiffre contraste avec les milliers d'études menées sur les autres diagnostics psychiatriques dont la prévalence est comparable, notamment la dépression majeure. Cette faible attention scientifique portée au TA interpelle plusieurs chercheurs. La principale hypothèse retenue jusqu'à maintenant pour expliquer ce phénomène est le caractère non spécifique de la définition du TA qui entraînerait des obstacles méthodologiques significatifs. Cependant, plusieurs autres attributs du diagnostic paraissent susceptibles de limiter son étude, dont sa nature relativement bénigne vis-à-vis des autres troubles psychiatriques.

Afin d'éclaircir les raisons derrière la faible attention scientifique portée au TA, nous avons procédé à une analyse de contenu thématique de la littérature scientifique abordant spécifiquement le diagnostic. Nous avons ainsi récolté cent quinze textes publiés dans des revues savantes depuis trente ans ayant l'expression « trouble d'adaptation » dans leur titre. Après catégorisation des textes scientifiques et identification des principales dimensions substantives associées au TA, nous avons pu dégager les principaux attributs du diagnostic susceptibles de répondre à notre question de recherche.

Cette étude, qui propose un regard sociologique inédit sur le diagnostic du TA, laisse voir que la faible attention scientifique dont il est l'objet est le produit de plusieurs facteurs. D'abord, bien que défini par la psychiatrie, l'objet d'étude que représente TA se dérobe vraisemblablement de cette spécialité médicale par son profil phénoménologique mineur, par l'absence de substrat biologique associé ainsi que par l'approche pharmacothérapeutique minimale qu'on préconise à l'égard du diagnostic. Ensuite, l'ambiguïté fondamentale qui caractérise le TA, le savoir tacite du DSM que requiert son étude ainsi que le bénéfice que le diagnostic retire d'une forme d'invisibilité contribuent aussi à réduire l'extension de la recherche à son endroit.

Mots-clé : trouble d'adaptation, diagnostic, dépression, clinique, psychiatrie

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
2.1 Titre des revues savantes dans lesquelles ont été publiés plus de deux textes sur le TA	11
2.2 Décennie de publication des textes scientifiques abordant le TA	12
2.3 Type de textes composant la littérature scientifique sur le TA	14
2.4 Thématique principale des études cliniques avec cohorte de patients ayant un diagnostic de TA	15
2.5 Dimensions substantives associées au diagnostic de TA	15

LISTE DES ABRÉVIATIONS

TA : Trouble d'adaptation

DSM : Diagnostic statistical manual

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

CHAPITRE I

UNE FAIBLE ATTENTION SCIENTIFIQUE

1.1 Un diagnostic de « dépression » prévalent

La dépression continue de faire beaucoup parler d'elle. En ce début de 21^e siècle, elle n'est plus que maladie de la psyché ou tristesse accablante affectant un individu. La dépression est devenu tout autant un phénomène social par l'importance que lui accorde toute une société contemporaine (Horwitz et Wakefield, 2007). Certains auteurs évoquent à ce titre une « épidémie de dépressions » (Pignarre, 2001) et une « ère de la dépression » (Minois, 2003). Bien que la classification américaine des troubles mentaux, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), fasse de la dépression majeure la définition unique et officielle de la dépression depuis plus de trente ans, les contours de ce que l'on nomme « dépression » se révèlent mouvants. Dans le milieu médical, la dépression représente aussi ce grand syndrome générique « psy » aux côtés de l'anxiété, la manie et la psychose. On utilise souvent l'expression pour désigner un tableau symptomatique et clinique rencontré chez un patient où dominent signes et symptômes dépressifs. On identifie ainsi deux grandes définitions de dépression se superposant dans le champ médical clinique : une définition restrictive et une définition large (Furnham et Kuyken, 1991).

À l'extérieur d'un monde médical, l'utilisation faite du terme « dépression » lui confère parfois un sens encore plus large. Il semble qu'on emploie à l'occasion l'expression pour désigner ce désarroi ressenti devant une épreuve vécue de la vie où l'on ne pourrait a priori évoquer une psyché « défectueuse » mais plutôt les aléas de l'existence humaine. Au-delà d'une définition scientifique officielle et consensuelle, la dépression pourrait parfois figure de « malheur intime » (Ehrenberg, 2000) ou représenter une forme de « misère et désespoir » (Furnham et Kuyken, 1991) dans un langage courant, à tout le moins chez certains individus utilisant le terme.

Au-delà de l'emblématique dépression majeure, un tableau dépressif rencontré en clinique peut se faire apposer plusieurs autres diagnostics du DSM. Ceux-ci font partie du diagnostic différentiel usuel d'un tableau dépressif lors d'une évaluation clinique. Ainsi, en fonction des signes et symptômes présentés par un patient, une « dépression » peut aussi se voir attribuer les diagnostics du DSM suivants : trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale, trouble de l'humeur dû à une substance toxique, deuil, dysthymie, trouble bipolaire, trouble de l'adaptation, trouble dépressif non spécifié (Joyal, 2004).

Parmi tous ces diagnostics ayant trait au syndrome dépressif, il y en a un qui se démarque particulièrement des autres par la fréquence élevée avec laquelle on l'utilise : le diagnostic du trouble d'adaptation. Défini comme une réponse psychologique à un ou à des facteurs de stress identifiables (stresseurs) qui conduit au développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux cliniquement significatifs (APA, 2003, p.783), certains auteurs le perçoivent comme un diagnostic officieux de « dépression mineure » (Despland et al., 1995) et diagnostic clinique de l'épuisement professionnel (van der Klink et al., 2003). La définition complète du TA ayant cours actuellement est issu du DSM-IV paru en 1994. La version subséquente, le DSM-IV-TR, l'a repris intégralement (DSM-IV-TR (APA, 2003) :

- A. Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables, au cours des trois mois suivant la survenue de ce ou ces facteurs.
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent
 - soit une souffrance marquée, plus importante que ce à quoi on pouvait s'attendre en réaction à ce facteurs de stress
 - (2) soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (ou scolaire)
- C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble spécifique de l'axe I et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'axe I ou de l'axe II.
- D. Les symptômes ne sont pas l'expression d'un deuil.
- E. Par définition, un trouble de l'adaptation ne dure pas plus de six mois une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu. Toutefois, les symptômes peuvent persister pendant une plus longue période s'ils surviennent en réaction à un facteur de stress prolongé ou dont les conséquences sont durables (p. ex. les difficultés financières et affectives dues à un divorce).

Spécifier si : Aigu : la perturbation persiste moins de six mois.

Chronique : la perturbation persiste six mois ou plus

La codification est fondée sur le sous-type qui est déterminé par les symptômes prédominants. Le ou les facteurs de stress peuvent être notés à l'axe IV.

Avec humeur dépressive

Avec anxiété

Avec à la fois anxiété et humeur dépressive

Avec perturbation des conduites

Avec perturbation à la fois des émotions et des conduites

Non spécifié

Toutes les études épidémiologiques réalisées en clinique sur le TA rapportent une prévalence élevée. En première ligne médicale, des études réalisées au Royaume-Uni lui donnent une fréquence de 11% et 18% parmi les problèmes de santé mentale rencontrés (Blacker et al., 1988; Casey et al., 1984; cité in Casey et al., 2009). Dans les services de consultation-liaison psychiatrique nord-américains et européens, le diagnostic serait tout aussi fréquent avec une prévalence variant entre 5% et 21% parmi l'ensemble des problèmes reliés à la santé mentale (Jones et al., 1999). Dans le milieu militaire, une étude réalisée auprès de soldats américains ayant participé à une mission en Irak fait de lui le diagnostic du DSM posé le plus souvent avec 37,6% de prévalence comparativement à 22,1% de prévalence pour les autres troubles de l'humeur (Rundell, 2006; cité in Carta, 2009, p.6).

La détresse psychologique associée au diagnostic TA engendrerait des coûts socio-économiques considérables. Aux États-Unis d'Amérique, le diagnostic représenterait l'un des deux diagnostics les plus facturés du régime public. Les réclamations financières pour traitement seraient comparables à celles de la dépression :

Adjustment disorder is among the top two most frequently coded diagnoses in specialty mental health claims, and commonly used by clinicians belonging to managed behavioral health organization panels for billing outpatients services related to interpersonal relationships, family, or workplace issues when the patient does not display a clear symptom picture that indicates another Axis I disorder. Managed behavioral health organization claim counts for adjustment disorder and treatment costs are comparable to depression. (Azocar et Greenwood, 2007).

Une situation semblable est rapportée aux Pays-Bas (Van der Klink et al., 2003, p. 429) où le TA représente le diagnostic qui cause globalement la plus grande incapacité au travail avant

même les diagnostics de dépression majeure, troubles anxieux, psychoses et troubles de personnalité.

Si on se fie aux statistiques, ces chiffres révèlent tous une prévalence clinique du diagnostic de TA grossièrement comparable à celle des troubles psychiatriques les plus fréquents dont la dépression majeure. Bien qu'on entende relativement peu parlé du diagnostic de TA, celui-ci aurait une importance clinique particulière par sa prévalence élevée et par son statut de diagnostic de « dépression mineure ».

1.2 Une petite production scientifique

Bien que le TA soit fréquemment posé en clinique, il demeure peu étudié. La petite production scientifique à son égard est pleinement reconnue. De nombreuses études l'évoquent à travers l'ensemble de la littérature abordant le diagnostic. Au meilleur de notre lecture, cette faible recherche caractérisant le TA est identifiée une première fois dix ans après son introduction dans le DSM-III sous sa dénomination actuelle : « It is clear that more research is needed on this diagnostic category. » (Schatzberg, 1990, p. 20). Quelques années plus tard, dans l'étude qui allait redéfinir le diagnostic pour le DSM-IV (Strain et al., 1993), on évoque le peu de données empiriques disponibles à son sujet. Cette faible recherche qui caractérise le diagnostic attire l'attention de plusieurs chercheurs. On fait le décompte précis des études publiées sur le TA :

A wide-ranging investigation of the literature dealing with AD in adults between 1974 and November 1992 produced only 16 articles. Of these, only nine can strictly be called studies [...], with two more investigating methods of treatment [...] (Despland et al., 1995, p. 454)

Plusieurs autres études font le constat par dénombrement de cette petite production scientifique. Alors que Jones et al. (1999) établit à 25 la quantité d'articles scientifiques sur le TA, Casey et al. (2001) évoque une trentaine d'études quelques années plus tard. Ce faible nombre ne manque d'étonner plusieurs chercheurs : « We were also impressed with the scant literature regarding AD [...] » dira Greenberg et al. (1995, p.459). Quelques auteurs évoquent une situation surprenante (Popkin et al., 1990; Pollock, 1992) tandis que d'autres ne

cachent pas leur incrédulité : « It is astonishing to realize that an affective disorder as widespread as AD has been the subject of so few investigations » (Despland et al., 1995, p. 459). Cette petite littérature sur le TA étonne parce qu'elle contraste avec la prévalence relativement élevée du diagnostic en clinique et avec cette littérature qu'on attribue à d'autres diagnostics ou domaines de recherche reliés de près au diagnostic :

This lack of interest is surprising in view of the prevalence of the disorder and especially when contrasted with the concurrent interest in related topics such as PTSD and life-events research into precipitation of a range of mental disorders over the past two decades [...] (Casey, 2001, p.479)

Cette prévalence élevée du TA est d'ailleurs directement à l'origine de certaines études. « My curiosity about Adjustment Disorder was piqued by a review of patient consultations for a two year period, in which the diagnosis appeared frequently. » (Pollock, 1992, p. 25). C'est également le cas de Gür et al. (2005, p.730) : « The review of the literature on AD was prompted by the frequency of this diagnosis in our everyday practice. »

Malgré cette prévalence clinique élevée et le rappel constant d'une faible recherche, le nombre d'études scientifiques sur le diagnostic demeure faible. Aujourd'hui, on compte seulement une centaine d'études scientifiques qui l'abordent : « A search of Medline reveals only 108 titles comprising the term "adjustment disorder(s)" up to June 2008. » (Baumeister et al., 2009, p. 144). Pour la communauté scientifique, cette quantité s'avère vraisemblablement insuffisante en face de celle dont on pourrait s'attendre pour un diagnostic aussi prévalent que le TA. L'augmentation du nombre d'articles ne suit pas vraisemblablement la courbe ascendante attendue. En face de l'abondante littérature traitant des principaux diagnostics psychiatriques du DSM, notamment la dépression majeure, celle limitée du TA est frappante :

In 1980, 80 medical articles contained "adjustment disorder" in their titles, a number that actually declined to 55 articles in 2005. By the latter year, nearly 158 articles appeared with "depression" in their titles for each article about adjustment disorder [...] (Horwitz, 2007, p.118)

Toutes les dimensions substantives associées au diagnostic, telles que son étiologie, son épidémiologie et son traitement, sont touchées par la situation comme le rappelle Laugharne et

al. (2008). Le TA montrerait une résistance à la recherche (Baumeister et Kufner, 2009). À cette situation se conjuguerait une négligence académique et scientifique de façon plus large (Maercker et al., 2008; Baumeister et al., 2009). La faible quantité de monographies sur le TA semble confirmer une telle situation. Hormis les chapitres abordant le TA dans les ouvrages généraux de psychiatrie, le diagnostic ne serait spécifiquement l'objet que d'une seule monographie (Noshpitz, Coddington et coll., 1990)¹.

À cette faible attention portée au TA dans le milieu de la recherche, on peut également constater une certaine invisibilité du diagnostic dans tout le champ de la santé mentale. S'il existe une vaste littérature destinée à un grand public aborde la dépression, l'anxiété, le stress et l'épuisement professionnel, au meilleur de notre connaissance, on ne retrouve aucun ouvrage qui traite spécifiquement et nommément du TA. Le champ communautaire « psy » et celui de la santé publique n'évoquent pas davantage le TA comme en fait foi l'absence de mention du diagnostic sur le site web d'organismes tels que Revivre², l'Association canadienne pour la santé mentale et le Ministère de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec. On y parle soit de « dépression » dans sa définition large, soit des diagnostics de dépression majeure et trouble dysthymique en « oubliant » celui de TA. Notons aussi que le TA n'est pas davantage le sujet direct de production cinématographique comme pour d'autres diagnostics « psy » tels que la schizophrénie ou le trouble de personnalité limitée³. Dans les magazines populaires et émissions de télévision qui traitent de santé, on n'aborde que rarement le TA à côté des génériques « dépression », « anxiété » et « stress » souvent traités⁴. Tout indique qu'au-delà de la faible recherche scientifique menée sur le diagnostic on puisse aussi évoquer une faible attention portée au TA dans tout le champ de la santé mentale ainsi qu'une forme de désintérêt portée par la société contemporaine à son égard.

¹ Selon les bases de données MEDLINE et PSYCINFO.

² Association québécoise de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires.

³ Pensons aux films *A beautiful mind* et *Borderline*.

⁴ Il faudra néanmoins évoquer un certain intérêt vis à vis le diagnostic de TA au Québec au cours de l'année 2011 dans la foulée du procès fortement médiatisé de ce père de famille et médecin de profession ayant tué ses deux enfants. Le diagnostic posé à l'urgence psychiatrique immédiatement à la suite de ce drame fut celui de TA. Tout le questionnement entourant l'état mental de l'accusé a contribué indirectement à faire parler du diagnostic, comme il est rarement donné de le voir.

1.3 Une définition formelle problématique

L'explication principale retenue jusqu'à présent derrière cette faible littérature scientifique a trait à la définition formelle du TA. Son caractère non spécifique rendrait problématique toute opérationnalisation d'une recherche clinique (Maercker et al., 2007; Laugharne et al., 2008; Baumeister et al., 2009). L'imprécision de sa définition telle qu'elle se présente dans le DSM serait le facteur limitatif principal à son étude et la cause directe de la petite littérature scientifique qui l'aborde spécifiquement.

Cette situation ne représenterait pas néanmoins la seule cause possible. D'autres hypothèses explicatives sont évoquées à travers la littérature. La recherche sur le TA pourrait être freinée par la faible fiabilité descriptive du diagnostic par comparaison à celle des autres diagnostics du DSM (Gur et al., 2005) ou encore par l'incapacité des principaux instruments diagnostiques utilisés en recherche clinique à l'évaluer (Casey, 2009). D'autres types de raisons sont également soulevées. Le phénomène pourrait relever de l'apparition relativement récente du diagnostic (Servant, 1998), de la résolution plus ou moins spontanée de la détresse psychologique associée au diagnostic et de son traitement plutôt circonscrit (Casey, 2009). Ces autres hypothèses ne sont pas aussi évoquées que le caractère non spécifique de sa définition formelle. Quant à lui, Despland et al. (1996, p. 171) identifie non seulement cette définition comme obstacle à la recherche mais le statut conceptuel même du diagnostic :

[...] le trouble de l'adaptation pose de nouveaux problèmes [...] Ces difficultés le font considérer par certains comme un concept poubelle, une catégorie diagnostique marginale ou transitionnelle, voire un diagnostic ontologiquement suspect. Le manque d'études cliniques consacrées à ce diagnostic est très certainement une conséquence de ces complications.

Cette définition du TA apparaît si problématique qu'elle pousse certains experts à préconiser une redéfinition du TA pour la prochaine version du DSM dont la sortie est prévue pour l'année 2013 (Baumeister et al., 2009). Ces modifications permettraient de rendre plus aisée la recherche sur le TA en plus d'« ajuster » une situation jugée problématique dans la communauté psychiatrique. Cependant, d'autres auteurs s'opposent à une telle entreprise prétextant l'absence d'une masse significative de données empiriques (Laugharne et al., 2008).

Cette opposition à la redéfinition du TA à des seules fins de recherche paraît justifiée. Rien n'indique que quelque modification projetée dans le DSM-V puisse à elle seule renverser la vapeur d'un phénomène épistémologique qui dure depuis des décennies, voire depuis l'apparition du diagnostic. L'effet escompté derrière cette redéfinition pourrait ne pas se matérialiser en plus d'engendrer d'autres problèmes liés à l'utilisation du TA et à la classification du DSM. D'abord, on peut se demander jusqu'à quel point une telle opération ne nuirait directement à l'utilité clinique bien reconnue du TA (Strain et Diefenbacher, 2008) susceptible d'être le fruit de sa définition actuelle. En effet, par l'utilisation courante et répandue du diagnostic en clinique, il semble que le milieu clinique ne juge pas a priori la définition du TA aussi problématique que le milieu de la recherche. Ensuite, un tel changement fait à la définition du TA pourrait aussi avoir des répercussions plus ou moins désirables sur d'autres diagnostics du DSM telle que la dépression majeure (Baumeister et al., 2009). Enfin, si la définition du TA représente un obstacle potentiel à la recherche scientifique à son sujet, elle n'explique pas a priori pourquoi tout le champ de la santé mentale lui accorde une si faible attention.

Il paraît donc utile de mieux comprendre la faible attention scientifique portée au TA avant d'opérer quelque changement à sa définition. Aussi plausibles puissent être les hypothèses émises jusqu'à maintenant pour expliquer cette négligence scientifique, elles paraissent toutes dotées d'un certain caractère « subjectif » puisque les causes exactes du phénomène n'ont jamais été formellement explorées par aucune méthode scientifique reconnue. Une meilleure compréhension des causes exactes à ce phénomène épistémologique, c'est à dire qui touche à l'étude en soi du diagnostic, permettrait de se prononcer plus aisément sur la nécessité de redéfinir ou non le TA dans le DSM-V. La question de recherche qui anime notre travail est donc la suivante : comment expliquer une si faible attention portée à un diagnostic clinique posé aussi fréquemment ?

Afin de trouver éléments de réponse à notre questionnement, nous avons procédé à une analyse de contenu de la littérature scientifique sur le TA. L'analyse de contenu, à titre de « [...] technique permettant l'examen méthodique, systématique, objectif et, à l'occasion, quantitatif du contenu de certains textes en vue d'en classer et d'en interpréter les éléments

constitutifs, qui ne sont pas totalement accessibles à la lecture naïve. » (Robert et Bouillaguet, 2007, p. 4), s'est imposée comme l'approche méthodologique la plus susceptible d'atteindre notre objectif. Une autre alternative envisagée fut celle d'entretiens ou de questionnaires menés auprès de chercheurs en santé mentale travaillant spécifiquement sur le TA ou sur un objet d'étude rapproché. Des problèmes envisagés dans la faisabilité de ce type de recherche⁵ nous ont cependant vite confirmé que l'analyse de contenu de la littérature scientifique sur le TA représentait l'approche méthodologique « optimale » pour identifier les caractéristiques du diagnostic contribuant à cette faible attention dont il est l'objet. Notre raisonnement de départ fut que l'approfondissement théorique du TA mené dans la littérature serait en mesure de fournir des éléments de réponse suffisamment éclairants par rapport à notre questionnement.

Le premier chapitre de notre travail décrit plus en détail les modalités de notre analyse de contenu thématique de la littérature scientifique abordant spécifiquement le TA. Les quatre chapitres suivants exposent tour à tour une dimension thématique particulière associée au diagnostic tandis que le cinquième chapitre se veut une exploration des explications possibles derrière la faible attention scientifique portée à son égard. De façon plus précise, le chapitre intitulé UNE ENTITÉ DIAGNOSTIQUE MAL SPÉCIFIÉE examine de plus près la qualité non spécifique du TA le distinguant des autres diagnostics du DSM sur un plan formel et phénoménologique. Le chapitre UNE UTILITÉ CLINIQUE RECONNUE s'attarde quant à lui à préciser les particularités de l'utilisation clinique du diagnostic qu'on en fait dans une pratique médicale courante. Dans le chapitre UN PROBLÈME DE NATURE PSYCHOSOCIALE, nous examinons les dimensions biologique, psychologique et social inhérentes au TA à la lumière du paradigme bio-psycho-social qui imprègne la médecine occidentale contemporaine. Le chapitre UNE REPRÉSENTATION SCIENTIFIQUE FLOUE scrute de plus près le statut conceptuel du diagnostic ainsi que le traitement théorique fait à son égard dans la littérature scientifique. Enfin, le chapitre UN DIAGNOSTIC « PSY » INSIVIBLE propose une explication multifactorielle à cette faible attention scientifique dont est l'objet le TA.

⁵ Mentionnons notamment l'absence de chercheurs en santé mentale dans la région de Montréal ayant étudié spécifiquement le diagnostic de TA. Au meilleur de notre connaissance, nous avons identifié que deux professionnels de la santé mentale au Québec ayant consacré une attention particulière au TA (Filteau, 1993; Filteau et Barruch, 1999).

CHAPITRE II

UNE ANALYSE DE CONTENU THÉMATIQUE

2.1 Un corpus de textes à l'étude

Le corpus de textes scientifiques ayant servi à notre analyse de contenu a été identifié à l'aide des bases de données MEDLINE et PUBMED. Il est constitué de ces textes scientifiques traitant spécifiquement du TA publiés dans des revues savantes depuis son apparition jusqu'au mois de juin 2010 et ayant dans leur titre les expressions « adjustment disorder » ou « trouble de l'adaptation »⁶. Des cent vingt-trois textes récoltés, huit ont été exclus parce qu'ils n'abordaient pas le diagnostic de TA tel que défini par le DSM. Afin de rendre homogène notre population de textes, nous avons rejeté deux textes faisant référence au diagnostic de TA tel que défini par la Classification Internationale des Maladies (CIM) (1994), l'autre grande classification des troubles mentaux⁷. Nous avons également exclu deux autres textes dont l'expression « trouble d'adaptation » du titre ne fait pas directement référence au diagnostic tel que défini par le DSM bien qu'ils abordent un problème de nature psychologique⁸. Enfin, quatre autres textes ont été exclus parce qu'ils utilisaient l'expression « trouble d'adaptation » de façon générique pour un autre type de problème (tel qu'un trouble de sommeil).

Notre corpus définitif s'est donc établi à 115 textes scientifiques. Une dizaine d'entre eux sont écrits en français. Ils sont tous issus de l'Europe francophone (France, Suisse) à l'exception

⁶ Expressions au singulier comme au pluriel. Soulignons que l'expression « trouble de l'adaptation » (avec la préposition « de ») est celle qui est utilisée dans la littérature et qui a cours vraisemblablement dans le milieu médical européen francophone. Cependant, l'appellation privilégiée dans le milieu médical montréalaise et québécois, autant sur un plan clinique qu'institutionnel, est « trouble d'adaptation ».

⁷ Malgré une dénomination identique et leur parenté génétique, leurs critères nosographiques respectifs montrent des différences qui, bien que minimes, ont un impact dans la représentation scientifique qu'on en fait.

⁸ Nous avons préféré les exclure devant l'incertitude.

d'un seul (Tunisie) et aucun ne provient du Canada. Ce corpus représente grossièrement la population totale des écrits scientifiques sur le TA parus dans des revues savantes depuis son introduction officielle dans le DSM-III en 1980. Cependant, tous les textes de notre corpus n'ont pas la même pertinence en face de notre objectif de recherche et ceux qui abordent de façon plus approfondie la nature substantive, théorique et épistémologique du TA se sont vus accorder une attention plus grande. Nous pouvons estimer grossièrement que la moitié du corpus de textes s'est ainsi vu l'objet d'un regard plus approfondi.

Les textes de notre corpus sont tous issus de revues savantes reliées aux champ de la santé mentale et champ médical. Ces revues savantes sont très variées. Celles qu'on retrouve le plus fréquemment dans notre corpus sont dans l'ordre : *The American Journal of Psychiatry*, *Archives of General Psychiatry*, *Journal of Affective Disorders*, *L'Encéphale*, *Journal of Clinical Psychiatry* (voir Tableau 2.1). Plusieurs revues savantes sont le lieu de publication de deux textes sur le TA. La longueur des textes va d'une page à dix-huit pages.

**Tableau 2.1 Titre des revues savantes
dans lesquelles ont été publiés plus de deux textes sur le TA**

Titre de la revue savante	Nombre de textes
<i>The American Journal of Psychiatry</i>	6
<i>Archives of General Psychiatry</i>	5
<i>Journal of Affective Disorders</i>	4
<i>L'Encéphale</i>	3
<i>Journal of Clinical Psychiatry</i>	3

À travers l'ensemble de la littérature sur le TA, on compte une douzaine d'auteurs ayant publié, seul ou en collaboration, deux études scientifiques et plus. Parmi ceux-ci, deux auteurs médecins-chercheurs comptent six articles et plus à leur actif : John J. Strain et

Patricia Casey. Le premier a mené l'équipe de recherche responsable de la refonte du TA dans le DSM-IV (Strain et al., 1993) tandis que la deuxième a dirigé la seule étude épidémiologique de grande envergure réalisée hors-clinique (Casey et al., 2006). Leurs travaux, réalisés sur une période respective de vingt ans et dix ans, sont particulièrement mis à profit dans notre recherche. Soulignons aussi qu'une grande majorité des auteurs des études sur le TA sont médecins (en fait foi le titre professionnel des auteurs indiqué en première page). Les collaborations multidisciplinaires, nombreuses, comportent toutes ou presque un chercheur-médecin également. De rares textes ont pour auteur des psychologues cliniciens (3), une travailleuse sociale (1), des chercheurs en santé publique non médecins (1) et un anthropologue (1). Pour un petit nombre de textes, il est impossible de connaître la provenance disciplinaire de leurs auteurs par l'absence de spécification à cet égard. La grande majorité des études ont été réalisées par des auteurs américains ou européens. De rares travaux émanent d'autres régions du monde : Tunisie, Israël, Barheïn, Russie, Chine, Japon et Taïwan.

Le texte le plus ancien de notre corpus remonte à l'année de l'introduction du diagnostic sous son appellation actuelle, soit le DSM-III paru en 1980. Une douzaine de textes (treize pour être plus précis) ont été publiés au cours de la décennie quatre-vingt, une quarantaine (trente-sept) au cours des années 1990 et le reste (soixante-cinq) a été publié dans la dernière décennie (voir Tableau 2.2).

**Tableau 2.2 Décennie de publication
des textes scientifiques abordant le TA**

Décennie de publication	Nombre de textes
1980	13
1990	37
2000	65
Total 115	

Une trentaine de textes de notre corpus contiennent une définition du TA antérieure à celle qui a cours et issu du DSM-IV (1994). Les légères différences qu'on observe dans la définition du TA des DSM-III (1980) et DSM-III-R (1987) ne sont pas considérées pour autant comme significatives (Giotakos et Konstantakopoulos, 2002). Ces textes ne sont donc pas jugés désuets dans les circonstances. Bien que les deux articles scientifiques de l'équipe d'Andreasen (1980, 1982) utilisent la définition du DSM-II, significativement différente de celle du DSM-III⁹, ils ne sont pas davantage rejetés de notre corpus par l'importance symbolique qu'ils revêtent dans la littérature sur le TA. En effet, ces deux textes représentent les résultats d'une seule et même étude épidémiologique longitudinale ayant pour objectif précis d'explorer la validité de la redéfinition du TA dans le DSM-III¹⁰.

2.2 Une sélection de thèmes pertinents

Notre analyse de contenu s'est divisée en deux grands moments. Dans un premier temps, nous avons catégorisé les types de textes composant la littérature sur le TA et identifié les dimensions substantives principales associées au diagnostic. Cette procédure nous a permis de mieux définir les contours du champ d'étude que représente le TA. Dans un deuxième temps, nous avons sélectionné les thèmes et sous-thèmes associés au diagnostic pertinents à notre question de recherche afin de pouvoir y répondre.

Ainsi, les textes scientifiques sur le TA peuvent être divisés en deux grands types : les études cliniques et les études théoriques (voir Tableau 2.3). Alors que les premières se présentent comme des compte-rendus d'études réalisées dans un lieu clinique ou sur des patients ayant un diagnostic de TA, les études théoriques représentent un groupe hétérogène de textes qui abordent le diagnostic sous différents angles sans référence directe à une clinique ou un patient ayant reçu un tel diagnostic. Parmi ces dernières, qui comptent pour le tiers de notre corpus, il y a des articles de revue médicaux, des opinions d'experts, des réflexions portant sur un thème particulier du TA, des lettres à l'éditeur, un éditorial et un texte présentant des lignes directrices de pratique clinique.

⁹ Le TA du DSM-II portait le nom de perturbation situationnelle transitoire (*transient situational disturbance*) et n'était pas doté des divers critères nosographiques qu'on retrouve dans le DSM-III.

¹⁰ Une étude menée de 1971 à 1974 sur plus de 400 adolescents et adultes.

**Tableau 2.3 Type de textes composant
la littérature scientifique du TA**

Type de texte	Nombre de textes
Compte-rendu d'une étude clinique	
Étude clinique avec cohorte de patients	71
Étude de cas clinique	9
Étude théorique	
Article de revue médical	17
Opinion d'expert	12
Lettre à l'éditeur	4
Éditorial	1
Ligne directrice de pratique	1
Total 115	

Les études cliniques comptent pour environ les deux-tiers de notre corpus de textes et peuvent elles-mêmes être divisées en deux types : les études cliniques réalisées sur une cohorte de patients et les études de cas où l'histoire d'un seul patient est relatée. Les études avec cohorte de patients sont de nature variée : épidémiologique, phénoménologique, thérapeutique, biologique, etc. (voir Tableau 2.4).

Tableau 2.4 Thématique principale des études cliniques avec cohorte de patients ayant un diagnostic de TA

Thématique principale	Nombre de textes
Épidémiologique	32
Traitement	16
Biologie	7
Dépistage clinique	5
Suicidalité	5
Autre	6
	Total 71

Les dimensions substantives associées au TA (voir Tableau 2.5) sont celles qu'identifient le milieu médical dans les articles de revue portant sur le diagnostic : étiologique, épidémiologique, clinique et thérapeutique. En effet, chacune de ces dimensions fait

Tableau 2.5 Dimensions substantives associées au diagnostic de TA

Dimension substantive
Étiologique
Épidémiologique
Clinique
Thérapeutique
Ontologique

l'objet d'une section entière et autonome dans ces textes ayant pour objectif de présenter le portrait global du TA. Mentionnons par ailleurs que ce sont celles qu'on retrouve habituellement associées à tout diagnostic médical dans ce type de texte. Par l'importance singulière qu'occupe le débat entourant la définition du diagnostic, autant sur un plan qualitatif que quantitatif (le nombre relativement élevé de textes qui en font un objet d'étude), il est également possible d'identifier une dimension substantive supplémentaire et propre au TA : la dimension ontologique.

Enfin, les lectures et relectures multiples de notre corpus de textes nous ont permis de dégager les thèmes et sous-thèmes pertinents à notre questionnement. Deux questions spécifiques ont orienté notre regard dans leur sélection. La première : quels attributs ontologiques et épistémologiques propres au TA ont une portée explicative de la faible littérature scientifique dont il est l'objet ? La deuxième : quelle représentation scientifique et clinique est assignée au TA à titre d'objet d'étude dans la littérature ? Ces thèmes et sous-thèmes ont été identifiés à partir des divers attributs, énoncés, donnés, chiffres, etc., reliés aux différentes dimension substantives du TA. La désignation de ces thèmes et sous-thèmes a reposé sur une appréciation qualitative de leur pertinence par l'entremise d'un examen comparatif grossier avec d'autres diagnostics formels du DSM (dépression majeure, TSPT, etc) et d'autres concepts associés au champ de la santé mentale (l'épuisement professionnel par exemple). À titre d'exemple, nous avons exploré l'étendue des études de nature biologique sur le diagnostic du TA par rapport à celle qu'on retrouve pour la dépression majeure. Cet examen comparatif nous a semblé judicieux dans la mesure où l'identification d'une petite littérature scientifique pour le diagnostic TA s'effectue en partie en comparaison avec la littérature, beaucoup plus abondante, qu'on retrouve pour les autres grands diagnostics du DSM. Les thèmes et sous-thèmes pertinents à notre étude ont été ensuite regroupés par chapitres et sous-chapitres respectivement, et correspondant à ceux de notre table des matières, afin d'en faciliter une lecture.

2.3 Un cadre clinique et théorique

À des fins d'analyse, notre regard s'est surtout porté sur le diagnostic de TA tel que rencontré

chez l'adulte et tel qu'utilisé en clinique médicale de première ligne¹¹. Cette précision est utile à faire car la présentation clinique du TA chez l'enfant et l'adolescent diffère légèrement de celle de l'adulte. Le « TA » de l'enfant et adolescent aurait une phénoménologie globalement plus sévère et on y rencontrerait plus souvent le sous-type avec perturbation du comportement que chez l'adulte (Andreasen et Hoek, 1982).

Soulignons aussi que l'utilisation faite du diagnostic de TA en consultation-liaison psychiatrique¹² montre quelques spécificités par rapport à l'utilisation qu'on observe en première ligne médicale. Le type de problématique et le contexte dans lequel la demande de consultation est faite pour celle-ci diffère d'un lieu clinique à l'autre. En consultation-liaison, la détresse psychologique est presque toujours reliée aux conséquences d'une maladie physique et la demande de consultation provient plus souvent d'un tiers (Pollock, 1992; Oxman et al., 1994). Cela dit, ces fines distinctions qu'on rencontre selon les populations et les lieux cliniques ne sont pas significatives au point où l'on peut identifier deux types différents de « TA » (Strain et al., 1993).

Soulignons aussi que notre étude, tout comme la grande majorité des études abordant le diagnostic de TA sauf de rares exceptions, considère le diagnostic comme un problème de santé mentale mineur. Notre analyse s'appuie ainsi sur une catégorisation grossière entre troubles psychiatriques dits majeurs et ceux dits mineurs. Cette catégorisation s'opère sur la base de la sévérité globale des signes et symptômes¹³ associés aux différents troubles psychiatriques ainsi que sur leur prise en charge thérapeutique. Ainsi, parmi les troubles psychiatriques dits majeurs, on peut identifier la schizophrénie, la maladie bipolaire et les formes sévères de dépression majeure. Le groupe de troubles anxieux primaires et les formes légères de dépression peuvent quant à elles être classés dans les troubles psychiatriques mineurs. Il va sans dire qu'une telle distinction est arbitraire puisque l'on rencontre des

¹¹ Nous entendons par première ligne médicale les cliniques de médecine générale et de sans rendez-vous. Certains y incluront aussi les services d'urgence d'hôpitaux généraux.

¹² Sous-spécialité psychiatrique qui répond aux demandes de consultation reliées à la santé mentale sur les unités médicales (i.e. unité de cardiologie, pneumologie, etc.) ou chirurgicales

¹³ Les symptômes représentent des problèmes perçus et signalés par le patient, ou encore des plaintes subjectives, alors que les signes sont des manifestations objectives découvertes par le médecin (Lalonde et al., 1999, p. 45).

tableaux cliniques schizophréniques pouvant être qualifiés de « mineurs » tout comme certains cas d'anxiété pathologique peuvent revêtir un caractère « majeur ». Bien qu'une telle catégorisation prête à discussion pour différentes raisons, elle s'avère néanmoins utile et pertinente dans notre analyse du TA. Le diagnostic fait incontestablement partie des troubles « psy » mineurs. Comme nous le verrons plus loin, le TA se définit en partie par opposition aux troubles psychiatriques dits majeurs dont la dépression majeure. S'il arrive qu'on lui prête l'appellation de trouble psychiatrique, à titre de diagnostic du DSM vraisemblablement, on ne le désigne jamais comme un trouble sévère. La détresse psychologique associée au TA ne nécessite pas une prise en charge thérapeutique extensive¹⁴ pour la grande majorité des cas cliniques.

Il convient de mentionner également que notre étude théorique bénéficie d'un « terrain » pratique particulier. Par notre formation médicale et psychiatrique, nous avons eu l'occasion de poser à plusieurs occasions le diagnostic de TA. La perspective empruntée dans notre recherche est ainsi influencée par une certaine connaissance pratique des tenants et aboutissants associés à l'évaluation clinique du diagnostic de TA. La connaissance des autres diagnostics du DSM, permettant un certain examen comparatif, découle incidemment de cette même formation médicale. Soulignons aussi que la pleine reconnaissance de l'importance épidémiologique du TA en première ligne médicale, contrastant avec le silence relatif dont il est l'objet dans la littérature, provient de cette même expérience de terrain.

Cette exposition clinique directe au TA imprime ainsi une approche particulière à ce travail, une perspective que décrit avec justesse le sociologue Vincent de Gaujelac (1993, p. 12) :

[...] l'approche clinique se distingue de la pensée classificatoire qui tend à modéliser le réel à partir de critères quantitatifs et statiques, ce qui entre en contradiction avec la nature mouvante, dynamique et imprévisible des phénomènes sociaux. Il ne s'agit pas pour autant d'opposer l'objectif et le subjectif, le quantitatif et le qualitatif, mais de les relier pour une meilleure compréhension des acteurs sociaux au plus près de leur vie, de leurs sentiments, de leurs émotions et de leur singularité.

¹⁴ Nous entendons par là une polypharmaco-thérapie, un suivi clinique rapproché dans le temps, une intervention concertée de plusieurs autres professionnels « psy » d'une équipe multidisciplinaire (i.e. travailleuse sociale, infirmière, ergothérapeute, etc.) ou encore une hospitalisation en lit psychiatrique comme modalité thérapeutique.

Comme nous le constaterons, le statut instable du diagnostic (Greenberg et al, 1995) appelle d'ailleurs une telle approche clinique pour en saisir toute la complexité. Notre étude peut ainsi se voir associée aux travaux de la sociologie clinique, une sous-discipline sociologique se caractérisant essentiellement par son approche plutôt que par ses objets d'étude (Enriquez, 1993; cité in Hanique, 2007). Cette recherche se rapproche davantage des études d'inspiration anthropologique (Fabrega et Mezzich, 1987; Pollock, 1992) que des articles de revue médicaux (Carta et al., 2009; Casey, 2009) par la perspective épistémologique et sociologique empruntée. Dans la mesure où notre corpus de textes scientifiques représente la quasi-totalité des travaux publiés dans les revues savantes depuis l'introduction officielle du TA sous cette dénomination en 1980, ce travail peut également être perçu comme une forme d'étude de cas sociologique d'un diagnostic « psy » (pour la différencier de l'étude de cas clinique).

Enfin, dans la mesure où nous nous intéressons d'abord et avant tout au regard scientifique porté sur le TA, nous nous sommes efforcés de suivre autant que se peut les quatre principes généraux du programme fort de la sociologie de la connaissance scientifique tels que formulés par Bloor (1976; cité in Martin, 2000) : le principe de causalité dans l'intérêt particulier pour les conditions de naissance de stades de connaissance; le principe d'impartialité dans l'absence de parti pris vis-à-vis la vérité ou la fausseté, la rationalité ou l'irrationalité, le succès ou l'échec de l'objet scientifique; le principe de symétrie dans l'identification des mêmes types de causes pour expliquer autant les croyances vraies que fausses, les succès comme les échecs; le principe de réflexivité dans le recours de modèles explicatifs pouvant s'appliquer à la sociologie elle-même. La nature « marginale » du diagnostic de TA en psychiatrie (Fabrega et Mezzich, 1987) ainsi que sa contemporanéité rapprochent notre étude des travaux sociologiques du programme empirique du relativisme élaboré par Collins et son équipe (1981; cité in Martin, 2000).

CHAPITRE III

UNE ENTITÉ DIAGNOSTIQUE MAL SPÉCIFIÉE

3.1 Une définition formelle non spécifique

Le TA n'est pas un diagnostic psychiatrique comme les autres. Cela se reflète d'emblée dans sa définition formelle qu'on doit situer en marge de la définition paradigmatique actuelle. Le TA est un diagnostic dit étiologique par la présence d'un agent étiologique dans sa définition (Strain and Diefenbaker, 2008). Il déroge à ce titre du « nouveau » diagnostic psychiatrique mis en vigueur dans le DSM-III basé sur une description phénoménologique des signes et symptômes rencontrés chez un patient. On qualifie ce paradigme nosographique d'« athéorique » dans la mesure où l'on délaisse toute référence à une quelconque pathogénèse étiologique. Les définitions formelles de la dépression majeure, de la maladie bipolaire et de la schizophrénie sont ainsi « purement » phénoménologiques puisqu'on n'évoque nulle part quelque théorie étiologique. L'évocation d'un « stresser identifiable »¹⁵ comme agent étiologique dans la définition du TA va donc à l'encontre du paradigme diagnostique contemporain mis de l'avant par l'institution psychiatrique américaine : « This type of diagnosis, in some ways, contradicts the principles that have guided modern psychiatric classifications » (Carta et al., 2009, p.10).

Le TA n'est pas le seul diagnostic dont la construction est basée sur la présence d'une étiologie. Dans cette catégorie, on retrouve quelques autres diagnostics du DSM comme le trouble de stress post-traumatique (TSPT) et trouble de stress aigu qui requièrent tous deux la présence d'un stresser d'intensité traumatique comme agent étiologique. Il y a également les diagnostics de trouble induit par une condition médicale, trouble induit par une substance,

¹⁵ Malgré que la définition formelle utilise l'expression « facteur de stress », nous préférons utiliser l'expression « stresser » afin de ne pas confondre le facteur de stress à la notion de stress plus vague. Cette distinction s'avère pertinente dans la mesure où le stresser fait référence à un événement de vie précis, ce qui est moins le cas avec le « stress ». Cette distinction facilite également une lecture.

abus et dépendance à une substance qui, comme leur nom l'indique, ont une maladie ou une substance comme cause sous-jacente.

Cela dit, ce n'est pas tant le statut étiologique du TA qui retient l'attention mais bien la phénoménologie mal spécifiée de sa définition. Contrairement aux autres diagnostics du DSM à la prévalence comparable, la définition du TA ne possède pas une description détaillée des signes et symptômes associés. « The category of DSM-III is one of the few whose definition does not include a clear and specific profile of “symptoms and signs”. » (Fabrega et Mezzich, 1987, p. 32). En effet, le critère A du diagnostic, ce « développement de symptômes du registre émotif et comportemental », donne peu de renseignement sur ce profil phénoménologique. Qui plus est, la spécification sous-typique du TA, de laquelle on pourrait s'attendre une plus grande précision phénoménologique, n'apporte que peu d'informations nouvelles. Cette détresse psychologique du registre émotif ne se voit qualifiée que de « dépressive » ou d' « anxieuse » selon la terminologie des deux sous-types les plus fréquents : le TA avec humeur dépressive et le TA avec humeur anxieuse. Pour sa part, le registre comportemental est dépourvu de toute autre précision n'ayant pour représentant que son sous-type éponyme : le TA avec perturbation du comportement.

La définition du TA se distingue aussi des autres diagnostics du DSM par son profil phénoménologique qui chevauche à la fois un spectre dépressif, anxieux et comportemental. Par comparaison, malgré la présence relativement fréquente de symptômes anxieux accompagnant un syndrome dépressif, la définition de la dépression majeure n'évoque pas explicitement des signes ou symptômes anxieux (voir Annexe A)¹⁶. Soulignons aussi que le diagnostic de TSPT possède pour sa part un profil phénoménologique clairement défini malgré son statut étiologique comme le TA (voir Annexe D).

On constate aussi que le profil phénoménologique du TA ne se distingue pas véritablement de celui des autres diagnostics spécifiques tels que la dépression majeure ou les troubles anxieux primaires sur un plan qualitatif. Les symptômes dépressifs associés au sous-type dépressif ne

¹⁶ Soulignons aussi que les troubles anxieux ne contiennent pas davantage de signes et symptômes dépressifs comme le laisse voir la définition du trouble panique (voir Annexe C).

sont pas par exemple fondamentalement différents de ceux rencontrés dans la dépression majeure (Casey, 2009). Ils ne s'en distinguent que par l'intensité et la durée. Il semble qu'il en soit ainsi pour les autres sous-types du TA puisqu'aucune information dans la littérature ne laisse entendre le contraire. Si certains auteurs évoquent une variation temporelle des signes et symptômes associés au TA (Hall et Benedek, 1993; Bonelli et Bugram, 2000), cette donnée n'est reprise nulle part ailleurs dans la littérature. Elle ne s'avère pas utile cliniquement à la lecture des études de cas cliniques.

Le caractère non spécifique du TA se perçoit aussi dans l'autre élément central de sa définition, le « stresser identifiable ». Bien que le diagnostic multiaxial du DSM permet une inscription précise du ou des stressers responsables d'un mal-être chez un patient, il n'existe pas de définition précise de ce que l'on entend par « stresser ». Au-delà de certaines balises, qu'on verra plus loin, celui-ci peut virtuellement représenter tout et n'importe quoi, tant et aussi longtemps qu'il est à l'origine de la détresse psychologique rencontrée chez le patient. Par son caractère hautement subjectif, ce « stresser identifiable » se prête mal à une quelconque quantification autant sur un plan théorique que clinique comme le rappelle Strain et al. (1993, p. 14). L'échelle attribuant un pointage à différents stressers rencontrés dans la vie élaborée par Holmes et Rahe¹⁷ n'est d'aucune utilité pratique dans le cas du TA. Ensuite, ce « stresser » ne se révèle en rien spécifique au TA, même s'il acquiert le statut d'élément central au diagnostic, puisqu'il est présent dans le tableau clinique d'une grande majorité d'épisodes dits psychiatriques. Selon les statistiques, dans plus de 80% des diagnostics posés en psychiatrie, on pourrait identifier un ou plusieurs stressers ayant contribué à l'éclosion d'une détresse psychologique (Casey, 2009, p. 931). Ces stressers seraient à tout le moins identifiables dans l'histoire d'un patient. Plus encore, un quelconque stresser pourrait être identifiable avant la survenue de tout problème de santé : « psychosocial stressors have been shown to precede all illnesses, not only psychiatric illness, and certainly not only an adjustment disorder » (Rahe, 1990, p.13).

Dans les faits, on peut malgré tout reconnaître une forme de spécificité à ce « stresser

¹⁷ Une échelle qui compare entre eux différents stressers en leur donnant un score (*mean life change unit value*). La mort d'un conjoint, un divorce et une séparation conjugale sont au sommet de cette échelle.

identifiable ». Celui-ci représente essentiellement un événement de vie pénible « psychosocial » ayant un impact symbolique dans la quotidienneté d'un individu. S'il peut revêtir un caractère plus ou moins inhabituel, comme un stress relié à la vie militaire (Bonelli et Bugram, 2000) ou encore un événement dramatique « historique » tel que les événements du 11 septembre 2001 (Powell et McCone, 2004), ce stressor se retrouve généralement dans la vie courante : « ... the stressors may range widely in severity, but many of the common stressors are relatively mundane, such as school problems, marital problems, or boyfriend-girlfriend problems. » (Andreasen et Wasek, 1980, p.1170). On pourrait le percevoir comme « within the realm of ordinary human experience » (Foster et al., 1994, p153) puisqu'il représente souvent une maladie physique. Notons cependant que ce « stressor identifiable » se dissocie clairement de la notion de « stress ». Bien que certains auteurs utilisent l'expression « stress » dans leur étude sur le TA, le stressor associé au diagnostic représente clairement un événement de vie pénible qui n'a rien à avoir avec un “stress” vague ou flottant.

Les critères nosographiques du TA tracent également les contours approximatifs de ce « stressor identifiable ». D'abord, le diagnostic n'est pas posé en présence d'un deuil (le critère D). Si une tristesse reliée au décès d'un proche est à l'origine d'une consultation médicale, celle-ci se voit plutôt apposer un « diagnostic » de ce groupe de « problèmes » qu'on désigne dans le DSM sous le vocable de situations supplémentaires qui peuvent se mériter une attention clinique (voir Annexe F). On les appelle communément *Code V* ou diagnostics à problème (Strain et Diefenbacher, 2008). Ce stressor ne peut pas représenter non plus ceux qu'on assigne aux autres diagnostics étiologiques. On n'emploie pas le diagnostic de TA dans les cas où il y a un stressor d'intensité traumatique (associé au diagnostic de PTSD), une maladie physique ou une substance à l'origine d'un syndrome de nature psychique (associées aux diagnostics de trouble dû à une condition médicale ou à une substance). Aussi, un individu présentant au long cours une histoire de tempérament plus « réactif » qu'une moyenne, identifiable à un diagnostic de trouble de personnalité selon la nomenclature du DSM, ne se voit pas en principe donner un diagnostic de TA si le stressor méritant une consultation médicale est associé à cette condition (Andreasen et Wasek, 1980).

Le traitement du TA s'avère également « non spécifique » dans la mesure où le diagnostic ne

bénéficie pas de lignes directrices thérapeutiques formelles comme c'est le cas pour les autres troubles psychiatriques (Strain et Diefenbaker, 2008). Autrement dit, il n'existe pas de consensus formel dans l'institution psychiatrique quant à l'approche thérapeutique à adopter pour le TA. Bien qu'on préconise généralement une intervention psychothérapeutique accompagnée d'une pharmacothérapie de courte durée pour les symptômes anxiodépressifs aigus, on ne peut pas parler de traitement standardisé. L'intervention thérapeutique varie selon la sévérité symptomatique et la situation clinique : « The factors influencing the therapeutic decision were severity of the stressor and the degree of functional impairment. » (Gur et al., 2005, p. 730). On observe d'ailleurs une certaine variation dans l'approche thérapeutique à privilégier chez des cliniciens consultés sur cette question :

Surveys on the attitude of psychiatrists to the disorder showed that 65% of clinicians recommend a combined pharmacologic (mostly benzodiazepines, with only a small number prescribing antidepressants) and psychotherapeutic (usually dynamic) approach. The remaining 35% are equally divided among those recommending no treatment at all and those recommending psychotherapy alone. (ibid, p. 730)

L'aspect non spécifique du diagnostic de TA, interpelle depuis toujours la communauté psychiatrique. La nature et la définition du diagnostic suscitent d'innombrables commentaires et engendrent un grand nombre d'études, toutes proportions gardées, portant spécifiquement sur le sujet. Une vingtaine d'études dans la littérature dont le sujet concerne précisément sa définition. L'importance relative qu'il faut donner à ce sous-champ d'étude associé à la dimension ontologique du TA représente un fait plutôt inusité pour un diagnostic médical, cette dimension du diagnostic apparaît ainsi comme un sous-champ d'étude aussi important, quantitativement parlant, que les dimensions thérapeutique ou étiologique qui lui sont associées.

L'aspect non spécifique de la définition du TA est directement à l'origine de la refonte de la définition du diagnostic dans le DSM-III de même que des modifications mineures apportées au DSM-IV. Notons malgré tout que dès la sortie de la troisième version du DSM, on mettra en doute la validité diagnostique du TA sur la base d'une pauvreté de données empiriques :

[...] our knowledge about the etiological, concurrent and predictive validity of the diagnosis of adjustment disorder with depressed mood does not have a sufficiently empirical basis. (Bronish et Hecht, 1989, p. 229)

Si les études ultérieures sur le TA lui ont attribué une certaine validité diagnostique, on questionne aujourd'hui la définition formelle jugée problématique pour la recherche. Le déficit de spécificité du TA est à l'origine de difficultés opérationnelles significatives dans la recherche clinique menée (Baumeister et al., 2009; Laugharne et al., 2009). L'obstacle méthodologique est tel qu'une étude n'hésite pas à le contourner en redéfinissant arbitrairement le TA pour faciliter son étude : « To ensure diagnostic uniformity, we further operationalized the DSM-III criteria for AD by requiring at least three clinically significant symptoms » (Kovacs et al., 1994, p.538). Soulignons aussi l'utilisation systématique d'échelles standardisées de signes et symptômes dépressifs et anxieux dans les études cliniques sur le TA alors que son diagnostic clinique n'est pas à proprement parler « quantifiable » mais basé sur une évaluation clinique discriminatoire.

La définition du TA est l'objet de plusieurs propositions de changement. Ces modifications suggérées touchent parfois la définition entière, parfois qu'un seul élément comme un sous-type. Ainsi, malgré l'ajustement de la définition du TA dans le DSM-IV en 1994, l'équipe de recherche de Maercker (2007), propose un « nouveau modèle conceptuel » pour doter le diagnostic d'une identité plus spécifique et le rendre plus apte à l'étude scientifique. Convaincus de la pertinence de cette nouvelle définition, leurs auteurs réalisent d'ailleurs deux autres études cliniques avec celle-ci afin de la tester formellement (Maercker et al., 2009; Dobricki et al., 2009). Cette initiative ne va pas sans susciter des répliques dans le milieu de la recherche. Certains auteurs contestent le bien-fondé théorique d'une telle démarche devant le peu de données empiriques accumulées (Laugharne et al., 2008) alors que d'autres jugent qu'une opinion d'expert est suffisante pour procéder à une telle modification (Baumeister et al., 2009). Les questionnements théoriques que pose l'utilisation du TA en consultation-liaison psychiatrique, notamment autour du caractère normal et attendu d'une démoralisation secondaire à la maladie, incitent certains à proposer une reconceptualisation du diagnostic adaptée aux besoins de cette pratique spécifique. O'keeffe et Ranjith (2007) proposent ainsi « a working diagnosis of a general distress syndrom »

On constate aussi dans la littérature la présence de plusieurs propositions pour de nouveaux

sous-types diagnostiques tels que le TA avec déni maladapté à un trouble physique (Kinzl et Biebl, 1991) et le TA avec fonctionnement sexuel perturbé (Balon, 2010). Malgré la disparition du sous-type avec plaintes somatiques dans le DSM-IV par la faible utilisation clinique dont il était l'objet (Strain et al., 1993), un groupe d'étude suggère malgré tout une caractérisation psychosomatique du TA pour le DSM-V à venir (Grassi et al., 2007). Le TA se voit également transposé à l'extérieur du champ strictement médical à titre de modèle conceptuel pour une nouvelle définition du syndrome de surentraînement (Jones et Tenenbaum, 2009).

Le TA suscite aussi des études théoriques qui se penchent sur les qualités descriptives à l'orée d'un paradigme médical (Woolston, 1988). Les deux seules études reliées au champ des sciences sociales et d'inspiration anthropologique plus précisément (Fabrega et Mezzich, 1987; Pollock, 1992) se penchent sur le TA à titre d'objet clinique, scientifique et social.

Malgré tout le débat entourant la définition non spécifique du TA, celle-ci serait pleinement délibéré. La définition du TA serait le fruit d'un travail de conceptualisation particulier dans l'adéquation recherchée entre une réalité clinique et une définition théorique. L'équipe de recherche associée au DSM-III a travaillé avec l'objectif précis de rendre sa définition plus spécifique comme on l'énonce explicitement : « Efforts have been made to improve the specificity and precision with which the category is defined. The DSM-II definition had a number of serious problems ... » (Andreasen, 1980, p.1166). Le caractère non spécifique du diagnostic permettrait l'identification d'une détresse psychologique parfois incertaine qui ne remplit pas les critères diagnostiques d'un trouble psychiatrique dit majeur :

Adjustment disorder was designed as a “wild card” to allow coding of a psychiatric “diagnosis” for work done by psychiatrists and other mental health care specialists when the patient’s symptoms do not reach the criterion of a major mental disorder (R. Spitzer, personal communication, 1994). [...] The criteria were “purposely kept vague and subjective” [...] (Strain et Diefenbaker, 2008, p. 123)

L'aspect nébuleux du « stresseur identifiable » du TA serait également délibéré. Il aurait pour fonction indirecte d'inclure toute la diversité de stresseurs possibles à l'origine d'une détresse psychologique rencontrée en clinique. C'est là la raison pour laquelle on a retiré le qualificatif

« psychosocial » au stresser étiologique dans la redéfinition du TA du DSM-IV. Cela permettait de mieux rendre compte d'une réalité clinique où la maladie physique (qu'on ne peut considérer comme un stresser psychosocial comme tel) peut aussi engendrer un diagnostic de TA (Strain et al., 1993). Dans une pratique courante, cette faible spécificité ne serait pas foncièrement problématique puisque l'axe IV du diagnostic multiaxial mis de l'avant dans le DSM-III permet l'identification précise du stresser.

3.2 Un champ phénoménologique mineur

Au-delà de l'imprécision de la définition du profil phénoménologique du TA, le diagnostic identifie malgré tout une détresse psychologique relativement précise. Par opposition aux troubles psychiatriques dits majeurs, tels que la schizophrénie ou la maladie bipolaire, le TA occupe incontestablement un créneau psychopathologique mineur. On peut même affirmer que le diagnostic est mineur par définition puisqu'il n'est posé que si les symptômes présentés par un patient ne remplissent pas les critères d'un diagnostic majeur. En face des syndromes psychiatriques entiers, on évoque d'ailleurs souvent un statut « subsyndromique » dans la littérature, un qualificatif qu'on peut qualifier d'équivalent à celui de « mineur ». Bien que la souffrance morale associée au TA puisse être aussi intense que celle rencontrée dans les troubles dits majeurs (Horwitz, 1986), le diagnostic n'appartient clairement pas au champ de la « folie » si par ce terme on entend un problème de santé mental « lourd » ou « grave ». La symptomatologie qui lui est associée n'est pas du registre psychotique, maniaque ou dissociatif. Le profil phénoménologique du TA est qualifié de mineur parce qu'on lui attribue un bon pronostic au long cours. Cette condition « psy » n'est d'ailleurs pas considérée a priori comme sujette aux épisodes récurrents. Au-delà d'un certain flou entourant une comorbidité avec les troubles de personnalité et trouble liés aux substances (Casey, 2009), le TA désigne d'abord et avant tout une situation problématique isolée dans le temps. Il ne nécessite pas une prise en charge thérapeutique extensive comme c'est le cas pour les troubles psychiatriques de façon générale. « With regard to course, adjustment disorder is less severe and less disabling in terms of chronic, length of hospitalization, and occupational reinsertion. » (Despland et al., 1995, p. 454).

Cet attribut particulier du TA a une répercussion directe sur la recherche. En effet, le diagnostic est souvent étudié conjointement avec un diagnostic majeur concomitant où ce qui est l'objet d'étude s'avère plutôt être la sphère phénoménologique en soi. On dénombre une douzaine d'études de ce type dont six abordent la sphère dépressive par les diagnostics de dépression majeure et TA avec humeur dépressive. On n'étudie pas tant le TA comme diagnostic autonome mais comme représentant mineur d'un spectre phénoménologique. Ce traitement théorique du TA est particulièrement présent dans les études ayant trait au dépistage du diagnostic. L'ensemble des cinq études de ce type de notre corpus observent le TA conjointement avec la dépression majeure ou avec plusieurs diagnostics du spectre anxiodépressif. Dans ces recherches, ce n'est pas tant le diagnostic de TA qui intéresse ses auteurs mais la réaction anxiodépressive secondaire à une maladie physique (Razavi et al., 1996).

Bien qu'on désigne parfois le TA comme un « trouble psychiatrique », comme nous le verrons plus loin, le diagnostic n'est définitivement pas une « maladie psychiatrique ». Son appellation même suggère un trouble mineur, l'associant à un « problème d'adaptation » plutôt que psychiatrique. Cette expression « problème d'adaptation » est d'ailleurs souvent employée à travers la littérature pour parler du diagnostic. Le TA n'est pas une maladie en soi mais une détresse psychologique circonstancielle. La fine distinction entre « disease » et « illness » que fait la langue anglaise se révèle grandement pertinente ici. Le TA est plutôt une « illness » qu'une « disease ». Les travaux du psychiatre-anthropologue Fabrega (Fabrega et al., 1987; Fabrega et Mezzich, 1987) qui identifient le TA comme une “marginal or transitional illness category” marquent tout le champ de connaissances sur le diagnostic puisque cette conclusion est constamment évoquée à travers la littérature. Elle est soulignée dans tous les articles de revue médicaux (Casey, 2009; Carta et al., 2009; Strain et Diefenbacher, 2008).

Adjustment disorders, defined more in terms of social dysfunctioning than in terms of symptoms, represent the concept of illness more than that of disease and can be regarded as a less severe health condition. (van der Kling et al., 2003, p.435)

Les rares allusions à une « maladie » sont toujours accompagnées d'une forme de nuance : « a cryptic form of disease entity » dira Greenberg et al. (1995). Le TA serait situé entre une

souffrance normale et une franche psychopathologie : « Conceptually, AD lies in the middle ground between normal stress responses on the one hand and illness on the other. » (Baumeister et al., 2009a). Cette position intermédiaire entre une normalité et une pathologie est souvent identifiée elle aussi : « The ADs constitute a “lynchpin” between normality, problems of living (V codes), and pathological problems. » (Strain et Diefenbacher, 2008, p.123).

L'aspect mineur du TA se retrouve également dans cette résolution spontanée que quelques auteurs identifient au diagnostic de façon explicite (De Leo, 1989; Casey, 2009). Il convient de le souligner, rares sont les diagnostics psychiatriques, et même les diagnostics dits mineurs, qui se voient attribuer un telle résolution spontanée. Le traitement du TA n'aurait que pour fonction de faciliter cette résolution spontanée attendue, sinon de « gérer » dans l'immédiat une souffrance ou une crise « psychosociale ». En face du lourd arsenal thérapeutique associé aux troubles psychiatriques majeurs, le TA est l'objet d'un traitement bien circonscrit et de courte durée. Comme le rappelle Casey (2001, 2008), le TA se retrouve dans cette catégorie de conditions « psy » ne se méritant qu'une intervention thérapeutique limitée sinon aucune. On préconise généralement une intervention psychothérapeutique de courte durée ciblant le « problème d'adaptation » accompagnée d'une médication « symptomatique » destinée à « traiter » les symptômes anxiodépressifs dans l'immédiat. Soulignons aussi la présence d'études portant sur l'efficacité de produits naturels dans le traitement du TA (Bourin et al., 1997; Woelk et al., 2007) qui témoignent indirectement du caractère mineur d'un tel trouble « psy ». L'emploi d'une telle avenue thérapeutique ne fait pas l'objet de suspicion particulière de la part du milieu médical et psychiatrique (Casey, 2009).

Cette résolution plus ou moins spontanée associée au TA explique-t-elle le nombre relativement faible d'études thérapeutiques (une quinzaine) à son sujet ? Cette résolution spontanée semble à tout le moins représenter un problème dans l'interprétation des résultats d'une étude thérapeutique dite concluante. L'étude d'Anseau et al. (2006, p. 297) portant sur l'efficacité d'une médication le souligne en discussion : « the improvement noted in our trial could simply correspond to a spontaneous evolution ». Cette situation soulève un

questionnement particulier : comment affirmer hors de tout doute raisonnable qu'un traitement, qu'il soit pharmacologique ou psychologique, puisse être efficace devant une telle résolution plus ou moins spontanée ? Comment juger scientifiquement valides des résultats démontrant l'efficacité d'une approche thérapeutique pour le TA quand ce « temps qui fait bien les choses » ou des facteurs hors-cliniques contribueraient de façon significative à la résolution de la détresse psychologique qui lui est associée ?

3.3 Une dépression mineure officielle

Malgré la définition non spécifique du TA, on peut malgré tout assigner au diagnostic une phénoménologie relativement spécifique au TA. La fréquence « écrasante » de l'ensemble des sous-types du registre émotif sur celui du registre comportemental qu'on observe chez une population adulte dans la littérature nous autorise à associer un profil anxiodépressif mineur à toute la catégorie diagnostique chez ce groupe d'âge. En effet, toutes les études épidémiologiques montrent que le sous-type comportemental a une prévalence très faible chez l'adulte. Ce n'est pas un hasard si le sous-type comportemental est globalement moins abordé dans la littérature. Une seule des neuf études de cas cliniques de notre corpus n'aborde ce sous-type.

S'il y a tout lieu d'identifier une anxiodépression mineure comme noyau phénoménologique central au TA, la littérature ne l'évoque jamais de la sorte au meilleur de notre lecture. Par contre, on parle souvent de « dépression mineure » qui semble vraisemblablement l'équivalent de cette « anxiodépression mineure ». Pour certains, ce n'est pas tant le sous-type dépressif qui fait figure de « dépression mineure » mais toute la catégorie diagnostique : « AD resembled closely one of the varieties of milder depressions » (Fabrega et Mezzich, 1987, p.44). La plus grande prévalence du sous-type dépressif sur l'anxieux (légère faut-il le souligner) ne serait pas l'unique raison derrière une telle association avec la catégorie diagnostique entière. Le noyau phénoménologique essentiellement dépressif l'autoriserait aussi selon Despland et al. (1995, p.459) : « The importance of depressed mood in adjustment disorder should allow this symptom to be used as the clinical core of the disorder ». Cette perspective est partagée par d'autres :

The terms minor depression and adjustment disorder may be used interchangeably since both are characterized by cognitive and mood-related symptoms rather than vegetative symptoms, and both are also viewed as sub-syndromes on the trajectory to other disorders. (Howland, 2008 ; cité in Casey, 2009, p. 930)

Soulignons aussi que ce qui différencie les sous-types dépressif, anxieux et anxiodépressif semble tenir à peu de choses. La fine prédominance des symptômes dépressifs ou anxieux relatés par un patient déterminerait le choix d'un sous-type. En pratique clinique, la distinction entre ces trois sous-types serait minime, voire arbitrairement subjective, comme on le laisse entendre : « [...] adjustment disorder with mixed mood seems to be assimilable to the disorder with depressed mood. » (Despland et al., 1995).

Toujours est-il que cette “dépression mineure”, qu'on l'associe au sous-type dépressif ou à toute la catégorie diagnostique, acquiert une importance symbolique place dans la littérature. Toutes proportions gardées, on étudie bien davantage le sous-type dépressif que l'anxieux. Quand on aborde formellement toute la catégorie diagnostique, on choisit le sous-type dépressif comme représentant officiel. Un article récent (Baumeister et al., 2009, p. 139) le laisse voir en introduction :

Our paper aims to delineate shortfalls in the current conceptualisation of AD by focusing on its most prominent subtype : AD with depressed mood. Other subtypes of AD are only briefly touched upon.

Le statut de « dépression mineure » accordé au sous-type dépressif ou à toute la catégorie diagnostique est néanmoins officieux puisque tel n'est pas son titre officiel. Il est d'autant plus officieux qu'il existe un autre diagnostic officieux de dépression mineure dans la nosographie psychiatrique américaine : le diagnostic de trouble dépressif mineur qui fait figure de diagnostic de recherche à l'essai en annexe dans le DSM-IV-TR (voir Annexe B). La présence requise d'un stressor étiologique distinguerait le TA de ce diagnostic. On peut se demander si une telle distinction tient la route sur un plan théorique dans la mesure où quelque stressor accompagne souvent un tableau dépressif rencontré en clinique. Ainsi, la distinction apparente que fait l'étude de Takei et Sugihara (2006) entre le TA et ce diagnostic à l'essai semble éminemment théorique. À cette démarcation superflue entre deux entités officieuses se rajoute une interface phénoménologique floue entre un TA avec humeur

dépressive et une dépression majeure d'intensité légère : « ... the line between adjustment disorders with depressed mood and (minor or major) depression is arbitrary rather than reflecting distinct underlying psychopathologies. » (Baumeister et Kufner, 2009, p. 411). Le titre même de la seule étude épidémiologique réalisée sur le TA montre bien à quel point la distinction entre le TA et la dépression majeure est parfois problématique : « Can AD be distinct from depressive episode ? » (Casey et al., 2006).

Cette confusion entourant un continuum dépressif se complique aussi du fait que certains auteurs identifient le TA avec humeur dépressive comme une « dépression » ou encore comme un « trouble dépressif » parmi d'autres. Au-delà du consensus scientifique faisant de la dépression majeure la définition officielle d'une « dépression », le terme est aussi employé et utilisé cliniquement dans un sens plus large débordant la stricte définition du DSM et pourrait être appliqué au TA. Voilà la possibilité que soulève Casey et al. (2001) dans un éditorial de la revue *British Journal of Psychiatry*. Dans le chapitre « What is depression ? », elle aborde cette confusion qui régit autour de la définition de la dépression :

Depression is an over-inclusive term with a lack of conceptual clarity between symptom, syndrome, episode and illness. It encompasses a range of feelings, described by Snaith (1987) in his critique of "mild depression" : "Here are the states of grief at loss, frustration of failed aspiration, the gloom of despair, the accidie of disillusion, the demoralisation of the long suffering and the cynical outlook of the pessimist." (ibid., p. 480)

Cette remarque s'avère pertinente car on observe une étude réalisée par une psychiatre qui utilise l'expression « dépression sévère » pour désigner cette « dépression » associée au TA : « A subject suffering from severe depression following marital breakdown was treated with a cognitive behavioural procedure. Significant sustained reduction in depression was evident. » (Halford, 1987, p.28). Cette confusion sémantique pourrait avoir un impact non négligeable de façon plus globale :

As psychiatry has increasingly allied itself with the biological sciences, it is predictable but deeply regrettable that all mood states described as depression will be seen as a single entity requiring "treatment". The subtlety of language has no current biological marker. This conflation of unhappiness with illness is not the fault of the pharmaceutical industry so much as of the lack of descriptive rigor in which there is confusion between symptoms, syndrome, and illness. (Casey, 2001, p. 39)

En résumé, la définition du TA s'avère en marge de celle du paradigme nosographique du DSM duquel il est issu. Ce n'est pas tant ici son statut étiologique qui le distingue des autres diagnostics psychiatriques que son profil phénoménologique mal spécifié de sa définition. En pratique clinique, le TA possède paradoxalement un certain créneau phénoménologique qu'on peut identifier comme celui de la détresse psychologique secondaire à un stressor s'exprimant sur un mode anxiodépressif mineur. Nul autre diagnostic du DSM ne représente aussi bien que le TA ce type de cas cliniques rencontrés. Plusieurs auteurs confèrent également à toute la catégorie diagnostique le statut de « dépression mineure », l'identifiant comme le diagnostic différentiel immédiat à la dépression majeure engendrant du même coup un questionnement plus large autour de la « dépression » aujourd'hui.

CHAPITRE IV

UNE UTILITÉ CLINIQUE RECONNUE

4.1 Une utilité dans un travail clinique

Malgré les interrogations multiples que suscitent la définition et la nature du TA, la communauté scientifique reconnaît au diagnostic une utilité clinique certaine que corrobore vraisemblablement une utilisation clinique répandue. Cette qualité qu'on attribue au diagnostic est fréquemment rappelée à un point tel où elle semble faire l'unanimité dans la communauté scientifique. Cela ne fut pas toujours le cas. Citant un chercheur ayant étudié le TA avant l'avènement du DSM-III, Casey et al. (2001, p. 479) rappelle le statut qu'il revêtait auparavant aux yeux de certains : « Adjustment disorder [...] has been described as a “wastebasket diagnosis, used in such a vague and all encompassing manner as to be useless”. » S'il fut un temps où l'on remettait en cause l'utilité clinique du TA, cela ne semble plus le cas aujourd'hui. Même les partisans d'une redéfinition du TA ne la remettent pas en cause aujourd'hui.

Cette utilité clinique s'établirait vraisemblablement selon une perspective professionnelle. Le TA serait un bon diagnostic de travail, notamment pour des tableaux phénoménologiques incertains. Devant un doute quant à un tableau clinique, le TA serait souvent employé en attendant que se précise une phénoménologie « typique » :

The lack of specificity allows the tagging of early or temporary mental states when the clinical picture is vague and indistinct, but the morbidity is greater than expected in a normal reaction. The ADs allow the registration of a major psychiatric disorder in an early state before it has developed sufficiently to be identified as such. (Strain et Diefenbacher, 2008, p.123)

Paradoxalement, ce serait le profil phénoménologique non spécifique du diagnostic qui serait en partie responsable dans cette utilité clinique reconnue : « [...] this imprecision is just what seems to make the diagnosis so useful to many in the field. » (Strain et al., 1993, p.13).

On utiliserait vraisemblablement plus souvent le TA que ces troubles non spécifiés du DSM susceptibles d'être employés en cas d'incertitude diagnostique. Devant un syndrome anxiodépressif, le diagnostic de TA s'imposerait plus souvent qu'autrement sur les diagnostics de trouble dépressif non spécifié et trouble anxieux non spécifié par la présence d'un ou plusieurs stressseurs au tableau clinique :

Depressive or anxiety symptoms that do not fit the diagnostic criteria of a specific disorder should be diagnosed as a "disorder not otherwise specified" only in the absence of a preceding stressor. The presence of a stressor warrants the diagnosis of AD.

Le statut non péjoratif associé au TA le rendrait utile également pour ces tableaux cliniques laissant croire à un prodrome de maladie psychiatrique sérieuse. Cette vertu du TA serait particulièrement mise à contribution pour la clientèle pédopsychiatrique plus « sensible » à un étiquetage stigmatisant. À en croire Andreasen et Hoeck (1982), ce statut non péjoratif pourrait même avoir un discret effet « thérapeutique » en évitant d'exacerber quelque répercussion sociale négative en face d'un comportement marginal chez un jeune :

Since the diagnosis of adjustment disorder is relatively nonpejorative, some clinicians consider it to be particularly useful for younger patients; it avoids stereotyping patients with harsher or more severe diagnoses and perhaps avoids leading to self-fulfilling prophecies. (ibid., p. 588)

Cette utilisation particulière du TA serait très répandue selon une statistique rapportée :

« 50% of child psychiatrists admitted that the diagnosis of AD is frequently used to avoid stigmatization of patients. » (Setterberg et al., 1991; cité in Gür et al., 2005, p.729). Dans l'attente de voir émerger un tableau clinique plus typique mais avec l'espoir que son évolution s'avère favorable, le diagnostic de TA serait un bon diagnostic d'incertitude.

Cela dit, même lorsque les signes et symptômes deviennent plus évidents, on continue d'utiliser le diagnostic. Dans une étude réalisée sur le *managed care* aux États-Unis, on laisse

entendre que des cliniciens conserveraient parfois le diagnostic de TA sur papier même si une évolution clinique fait penser à un diagnostic plus sévère. La volonté de ne pas nuire au patient serait la raison derrière une telle pratique :

Also, patients [...] may have worsened and no longer qualified for any form of adjustment disorder (whether acute or chronic), yet the treating clinician did not change the diagnosis when billing services to avoid stigmatizing or “labeling” a patient. (Azocar et Greenwood, 2007)

La qualité non péjorative du TA pourrait également être mise à profit chez des individus ayant un diagnostic psychiatrique majeur. C'est ce que laissent voir Levitas et Des Noyers (2005) dans leur article de revue abordant le TA. En vertu de sa définition, le TA permettrait l'identification d'émotions et de comportements secondaires à un stresser qui ne seraient pas imputables à la maladie psychiatrique connue. Le diagnostic aurait cette vertu paradoxale de « légitimer » une réaction « excessive » qu'un proche entourage ou un personnel soignant aurait tendance à attribuer d'emblée à la condition psychopathologique.

Cela dit, cet usage du diagnostic dans des tableaux cliniques « limites » est néanmoins objet de critique. Certains auteurs y voient un potentiel effet pervers dans le suivi clinique du patient par l'instauration d'un plan de traitement inadéquat. La volonté de « protéger » un patient pourrait engendrer des conséquences potentiellement néfastes au long cours.

[...] indiscriminate use of the AD diagnosis as a means of “protecting patients from receiving other diagnostic labels perceived to be more “stigmatizing” may result in the incorrect classification of children with more severe psychiatric disorders (Looney and Gunderson, 1978) and thereby contribute to delays in treatment planning (Weiner and Del Gaudio, 1976). (Strain et Newcorn, 1992, p. 318)

L'utilisation fréquente du diagnostic pourrait aussi révéler une forme de précipitation dans l'évaluation diagnostique. Au-delà d'une « bonne intention » d'un clinicien ne désirant pas pathologiser une détresse psychologique : « Adjustment disorders are often overdiagnosed by clinicians eager to avoid overpathologizing a client or by those making a diagnosis without a full history. » (Frankel, 2001, p. 223). Cette utilisation élargie du diagnostic, combinée à sa définition non spécifique, est à l'origine du statut de diagnostic fourre-tout qu'on prête au TA. À cet égard, on le désigne souvent de cette expression péjorative de diagnostic poubelle

(« wastebasket diagnosis »). Comme l'explique Baumeister et al. (2009), ce ne serait pas tant ce statut fourre-tout qui serait problématique mais bien l'utilisation trop fréquente d'un tel type de diagnostic : « ... the basket should be rather small, that is, the prevalence rates of these categories should be low... » (Baumeister et al., 2009, p. 410).

Le diagnostic serait également utilisé à des fins stratégiques dans l'orientation d'un traitement pour un problème « psy ». Il permettrait l'accès à une hospitalisation pour des patients qui n'y auraient peut-être pas droit pour des raisons administratives. Ce serait le cas de patients ayant des problèmes de consommation : « Our data [...] supports the impression of others that labeling a patient as having adjustment disorder often serves as a practical “justification” for psychiatric admission in a substance-abusing patient » (Greenberg et al., 1995, p. 461). Ces auteurs soulignent d'ailleurs en introduction de leur étude que le TA a une réputation de représenter un « ticket of admission » dans le milieu médical « psy » (ibid., p. 459).

L'interface inférieur du TA, celle qui touche une normalité souffrante, serait également le lieu d'une utilisation particulière du diagnostic si on en croit l'étude de Pollock (1992). Les psychiatres pourraient utiliser le diagnostic dans des cas où une détresse psychologique est potentiellement normale pour des motifs purement professionnels et financiers. Contrairement aux diagnostics à problème ou encore au « pas de diagnostic », le TA aurait cette vertu de permettre au clinicien américain d'être rémunéré :

It is important to note that V-code classifications may present problems for reimbursement, in that many third-party payers will not accept this diagnosis for payment. However, though some question the seriousness of the AD, in contrast to the V codes, they are usually reimbursable diagnoses. (Strain et al., 1998, p. 148)

Cette situation est notée par d'autres auteurs dont Strain et Diefenbacher (2008) et Greenberg et al. (1995). Cette dernière étude constate aussi l'utilisation du diagnostic pour des cas cliniques où un problème de consommation de substance est en jeu mais dont l'identification formelle pourrait nuire à la rémunération du médecin : « Diagnosis-based reimbursement methodologies may well encourage such diagnostic inaccuracies . » (ibid., p. 461). L'étendue d'une telle pratique demeure plutôt mystérieuse puisque la littérature ne donne pas d'autre information à ce sujet.

Si le TA s'avère utile pour le milieu médical, cela ne semble pas aussi vrai pour le milieu de la psychothérapie. À lire certaines études de cas cliniques réalisées par des psychologues cliniciens (Despland, 1995; Allen, 2000), le TA y apparaît avoir une faible valeur explicative de la détresse psychologique d'un client et ne faire figure que d'étiquette diagnostique. Pour ces thérapeutes, le TA ne mérite vraisemblablement pas d'attention particulière à côté du vécu émotif du client et de ses préoccupations et cognitions. Le diagnostic n'y est mentionné qu'à de très rares reprises dans le texte. De plus, il semble que toute la théorie sur le TA sur un total de 20 et 40 références bibliographiques pour les études respectives, on note aucune référence bibliographique sur le TA nommément. Par contre, on observe un recours systématique aux notions de « dépression », d'« anxiété » et de « stress » pour expliquer les symptômes d'un client. Cette faible utilisation pratique du diagnostic en psychologie clinique entraîne également un questionnement quant à l'équivalence ou non qu'on peut faire entre un diagnostic de TA et une détresse psychologique faisant directement l'objet d'une consultation auprès d'un psychologue ou psychothérapeute clinicien sans passer par la clinique médicale. Une telle détresse psychologique qui n'est pas « vue » par un médecin peut-elle être perçue comme un diagnostic de TA sans le titre ?

4.2 Un statut de diagnostic d'exclusion

À titre de diagnostic médical, le TA représente un acte réservé à la profession médicale et posé en clinique. Le diagnostic de TA n'est donc émis qu'après une évaluation clinique de la détresse psychologique chez un patient. On rappelle d'ailleurs à la fin d'un article de revue comment le diagnostic ne peut être posé à l'extérieur de la clinique médicale : « This information is not a tool for self-diagnosis or a substitute for professional care » Casey (2008, p. 1208) L'importance de l'évaluation clinique est à souligner car on ne pose le diagnostic de TA qu'après avoir préalablement exclu d'autres diagnostics susceptibles d'expliquer la détresse psychologique d'un patient. L'exclusion de ces diagnostics dits spécifiques, tels que la dépression majeure ou les troubles anxieux primaires, représente une opération centrale dans le raisonnement diagnostique du TA. Le profil phénoménologique non spécifique du TA explique l'importance de cette opération d'exclusion diagnostique. Comme nous l'avons vu,

seules l'intensité et la durée de la détresse psychologique accompagnant le TA n'est distincte de la DM et des troubles anxieux primaires. Qui plus est, la présence d'un stressor à l'histoire du patient ne signe en rien un diagnostic TA. Le TA serait perçu comme un diagnostic d'exclusion : « [...] the use of AD label approximates that of a diagnosis of exclusion » (Fabrega et al., 1987, p. 568). Son statut en serait un par défaut (« in essence the diagnosis is one of default ») (Carta et al., 2009, p. 6) et on le poserait qu'« après-coup » (« an afterthought diagnosis ») (Casey, 2008). Un diagnostic différentiel est pour ainsi dire imbriqué dans la définition même du TA.

Ce statut de diagnostic d'exclusion confère au TA un statut singulier puisqu'il lui donne plusieurs « visages » en clinique. En plus de cette fréquente « dépression mineure » qu'il représente, il emprunte les contours des différents troubles anxieux primaires. Une étude de cas décrivant un patient aux prises avec des attaques de panique l'illustre :

Differential diagnosis : Panic attacks were the main feature of Nam's symptom pattern. Indeed a strong argument could be made for a principal diagnosis of Panic Disorder (300.01), except that, strictly speaking, the length of illness criterion for this diagnosis was not satisfied, the attacks having been present for only two weeks. [...] (Barrett, 1994, p.486)

Le TA peut également prendre la couleur d'un stress post-traumatique partiel si la détresse psychologique secondaire à un événement traumatique en bonne et due forme ne remplit pas les critères d'un diagnostic de TSPT. À cet égard, on propose le rajout d'un tel sous-type de stress post-traumatique partiel dans le prochain DSM-V :

The following subtypes are worthy of further investigation :
 With PTSD-like symptoms (not meeting the PTSD stressor and-or symptom criterion)
 With (post-traumatic) embitterment symptoms.
 (Baumeister et al., 2009, p. 146)

Notons aussi que le diagnostic différentiel du TA a une particularité singulière vis à vis les autres troubles psychiatriques : il inclut une souffrance normale. Aussi floue peut-on se représenter une souffrance dite normale, celle-ci aurait besoin d'être envisagée dans un nombre significatif de cas cliniques où il y a détresse psychologique réactive notamment pour le deuil et le désarroi causé par une maladie physique (O'keeffe et Ranjith, 2007). En pratique clinique, cette « normalité » contiguë au diagnostic prend la forme de deux

diagnostics : les diagnostics à problèmes (voir Annexe F) et le diagnostic informel « pas de diagnostic ». D'ailleurs, quelques études désireuses de valider l'autonomie diagnostique du TA comparent d'ailleurs celui-ci avec ces deux types de diagnostic (Fabrega et al., 1987; Despland et al., 1995). On constate ainsi une prévalence de 6,4% de diagnostics à problème (dont le plus fréquent est le problème d'observance à un traitement médical) à côté d'une prévalence de TA de 12% dans cette étude internationale se penchant sur l'utilisation de diagnostics du DSM en consultation-liaison psychiatrique (Strain et al., 1999). Ce chiffre paraît cependant trompeur en face d'une « réalité » clinique. Plusieurs éléments font penser qu'ils ne sont pas aussi souvent utilisés que cette statistique ne le croit. D'une part, les diagnostics à problème et le « pas de diagnostic » ne sont pour ainsi dire jamais mentionnés dans les études de cas cliniques. D'autre part, leur utilisation pose également problème sur un plan professionnel comme nous le verrons plus loin.

Par ailleurs, l'utilisation pratique du TA est marquée par une forme d'instabilité : « the diagnosis of adjustment disorder, although popular with clinicians, is nonetheless rather unstable » (Greenberg et al., 1995, p. 461). L'expression traduirait la grande fréquence avec laquelle on change le diagnostic de TA pour un autre. Le TA ferait figure de diagnostic temporaire ou incertain, susceptible d'évoluer avec le temps selon les informations récoltées : « (is a) temporary diagnosis that can be modified with information from longitudinal evaluation and treatment » (Strain et al., 1993, p.13). On le constate bien dans cette étude réalisée auprès d'adolescents et adultes en contexte hospitalier où le TA est relativement peu maintenu comme diagnostic explicatif d'un problème de santé mentale :

Forty percent of the inpatients with adjustment disorder were discharged without adjustment disorder diagnoses; the diagnoses of only nine (6%) of the comparison subjects were changed to adjustment disorder on discharge. (Greenberg et al., 1995, p. 461)

Comme le montre l'étude de Strain et al. (1999), le TA agirait souvent comme un diagnostic à exclure (« rule out diagnosis »). Autrement dit, le diagnostic est parfois évoqué sans pour autant être considéré comme d'emblée « confirmé » : « clinicians move from rule outs to confirmed and vice versa, often moving to an entirely different diagnosis » (ibid., p. 146). La prévalence de 12% de TA en contexte de consultation-liaison (citée plus haut) se voit

d'ailleurs gonflée à 22,6% si on inclut tous ces diagnostics « rule out ». À cette « instabilité », on constate aussi une certaine libéralité dans l'utilisation nominative du diagnostic autant en clinique qu'en théorie. Comme nous l'avons vu plus tôt, il est fréquent qu'on évoque l'entière catégorie diagnostique pour parler du sous-type dépressif. Soulignons aussi que le TA se voit désigné « diagnostic » de façon systématique alors qu'il représente officiellement une catégorie diagnostique. En pratique clinique, on constate également à travers les études de cas qu'on ne procède pas à la sous-typification syndromique et temporelle du TA.

Bien que le TA représente un acte réservé à la profession médicale déontologiquement parlant, son traitement n'est pas lui réservé aux médecins. Le diagnostic ne concerne pas que le champ médical mais le tout le champ « psy ». Une fois le diagnostic de TA fait, plusieurs autres professionnels de la santé mentale peuvent être amenés à le « traiter » comme le rappelle Sampang (2003, p. 52) :

Counseling and psychotherapy can be provided by a psychiatrist, psychiatric mental-health nurse practitioner, psychiatric clinical nurse specialist, psychologist, licensed clinical counsellor or master's-prepared social worker.

La littérature ne nous renseigne pas néanmoins sur l'étendue des références ou consultations faites par des médecins auprès de ces psychothérapeutes. La nature mineure du TA et la résolution plus ou moins spontanée de la détresse associée font en sorte qu'une intervention psychothérapeutique ayant lieu au moment même de la consultation médicale pourrait être suffisante (Schatzberg, 1990, p.22). Le support psychologique offert par le médecin de première ligne sous forme de réassurance et counselling notamment pourrait rendre non nécessaire une démarche psychothérapeutique formelle. Cet auteur rappelle d'ailleurs l'existence de modèles de counselling thérapeutique conçus spécifiquement pour le médecin généraliste.

4.3 Une prévalence hors-clinique inconnue

Si on reconnaît au TA une utilité clinique et une prévalence clinique élevée, le diagnostic passe relativement inaperçu à l'extérieur de cette même clinique. L'épidémiologie populationnelle du TA hors-clinique est littéralement inconnue. Les résultats de la seule

véritable étude abordant l'épidémiologie populationnelle générale, l'étude européenne ODIN amorcée en 2001, sont considérés comme surprenants par les auteurs mêmes de l'étude. La prévalence de 1% du TA dans la population générale contraste beaucoup avec celle d'une clinique. Malgré le grand déploiement de l'étude (un recrutement initial de quatorze mille individus de cinq pays Finlande, Irlande, Norvège, Espagne et Grande-Bretagne), les données épidémiologiques récoltées ne sont visiblement pas considérées comme fiables. La méconnaissance de la prévalence hors-clinique du diagnostic apparaît ainsi complète puisqu'il n'existe pas d'autres données épidémiologique sur le diagnostic : « [...] as AD is under-researched and not included in any of the other major epidemiological studies there is no empirical information to assist in further understanding the present findings. » (Casey et al., 2006, p. 296)

Les multiples problèmes méthodologiques relatifs à l'étude épidémiologique hors-clinique sont bien relevés dans l'étude ODIN. On constate l'impossibilité de répondre au questionnement à l'origine de l'étude à savoir la distinction entre le TA et un épisode dépressif majeur : « Logistic regression failed to identify any variables that independently differentiated AD from depressive episode » (ibid., p. 291). On y aborde également en discussion trois grande hypothèses explicatives pour rendre compte de l'écart inattendu entre la prévalence hors-clinique et clinique : l'instrument de mesure diagnostique, la conceptualisation inhérente au diagnostic et le processus de dépistage à deux temps utilisé dans l'étude. Quant à cette dernière explication, on émet l'hypothèse que certaines personnes auraient pu être identifiées comme ayant un possible trouble dépressif au dépistage initial avant de ne pas rencontrer les critères d'inclusion lors d'une entrevue clinique subséquente suite à la résolution spontanée du TA. Selon les auteurs, cette possibilité aurait néanmoins besoin d'être nuancée devant le laps de temps relativement court de deux semaines entre le premier dépistage et l'entretien clinique. Les problèmes rencontrés dans l'étude ODIN peuvent expliquer pourquoi le TA ne fut pas inclus dans les grandes études épidémiologiques ESA, NCS et NCSM.

La difficulté à étudier le TA hors-clinique s'inscrirait dans celle qui touche toute l'épidémiologie du champ anxiodépressif mineur. La variabilité des perceptions sur ce que

représente des symptômes dépressifs et anxieux et le processus de récolte d'informations y ayant trait rendrait difficile l'interprétation de résultats :

It is possible that many people with currently defined mental syndromes (in particular among the affective and anxiety disorders) not brought to clinical attention may be having appropriate homeostatic responses that are neither pathological nor in need of treatment. (ibid., p. 291)

L'écart entre les données épidémiologiques cliniques et celles hors-clinique s'avère ainsi révélateur de l'identité foncièrement clinique du diagnostic. La difficulté à étudier l'épidémiologie populationnelle du TA relève d'abord et avant tout de la nature de la détresse psychologique associée au diagnostic. La résolution plus ou moins spontanée du TA, et relativement rapide dans le temps par comparaison avec les autres diagnostics du DSM, rend le diagnostic évanescent à l'extérieur de la clinique. Si une forme chronique de TA est possible en vertu de sa définition, celle-ci semble plus rare que la forme aiguë à voir le peu de fois qu'on l'évoque à travers la littérature. Par sa bénignité relative, le TA apparaît ainsi plus invisible dans la population générale que ne le sont les troubles psychiatriques dont la symptomatologie associée s'avère globalement plus chronique et récidivante.

L'importance de cette évaluation clinique questionne d'ailleurs ces études qui rapprochent des « problèmes d'adaptation » symptomatiques relatés dans le cadre d'une investigation sans qu'aucune évaluation médicale formelle ne soit pratiquée. C'est le cas de cette étude se penchant sur les possibles « problèmes d'adaptation » de jeunes étudiants débutant l'université (Rodgers et Tennison, 2009) et de cette étude réalisée dans des camps de réfugiés où l'on diagnostique un TA à partir de données secondaires (Dobricki et al., 2010). Que penser en effet de ce chiffre de 75% de prévalence du TA dans un camp de réfugié qu'on établit à partir de réponses récoltées par questionnaire ? Bien que les auteurs de ces deux études montrent une forme de regard critique sur l'approche méthodologique adoptée¹⁰, il y a lieu de se questionner sur un plan éthique quant à la faisabilité d'une telle association entre le diagnostic de TA et un « problème d'adaptation ». Au-delà de toute symptomatologie, ce dernier peut-il

¹⁰ Dans la première étude, on évoque une mise en garde en discussion : “It is important to note [...] that our survey was not intended to serve as a diagnostic instrument.” (Rodgers et Tennison, 2009, p. 227). Dans le cas de la deuxième, on rappelle l'estimation grossière qui caractérise l'enquête : “The AD diagnosis of the present study [...] is a rough estimate of exploratory purposes [...]”. (Dobricki et al., 2010, p. 45)

être rapproché de loin ou de proche au TA ? Un diagnostic fait sur papier et sans évaluation clinique *de visu* peut-il être jugé valide ?

En résumé, le TA s'avère être un diagnostic conçu pour et par la clinique médicale. Par son statut de diagnostic d'exclusion nécessitant l'élimination d'autres psychiatriques du DSM, il ne peut se poser sans évaluation clinique en bonne et due forme. L'utilisation du diagnostic dans un contexte hors-clinique s'avère donc problématique en ce qu'elle est susceptible de médicaliser tout « problème d'adaptation ». Cette difficulté du TA à sortir du champ clinique lui procure incidemment une identité foncièrement clinique. Par ailleurs, l'utilité clinique qu'on lui reconnaît est manifestement relié au travail professionnel du médecin, renforçant d'autant plus sa nature clinique.

CHAPITRE V

UN PROBLÈME DE NATURE PSYCHOSOCIALE

5.1 Un substrat biologique manquant

Il n'y a pas que le statut étiologique du TA qui le distingue des autres diagnostics du DSM. L'absence relative de substrat biologique lui confère également un statut marginal parmi les diagnostics psychiatriques. Si la communauté scientifique reconnaît généralement un terrain biologique à la dépression, l'anxiété et le stress, la chose apparaît moins certaine pour le TA. En effet, aucun article de revue médical récent identifie formellement la présence d'une dimension biologique sous-jacente au diagnostic. Dans ces articles ayant pour objectif de « faire le tour » du TA au bénéfice de pairs médecins, on ne consacre pas de section à la dimension biologique à côté des dimensions épidémiologique, clinique ou thérapeutique. On évoque d'ailleurs qu'au passage les conclusions des rares études biologiques existantes. S'il apparaît difficile de nier catégoriquement l'existence de tout terrain biologique au TA, par son statut de diagnostic d'un continuum dépressif et anxieux, il y a tout lieu de croire que sa nature mineure rend celui-ci plutôt virtuel. On ne peut évoquer de donnée empiriquement solides quant à cet aspect. Quand on identifie de possibles facteurs génétiques associés au développement d'un TA (« genetic factors may also play a role ») (Gür et al., 2005), on appuie cette affirmation scientifique que d'une seule étude réalisée il y a plus de vingt ans et qui n'est citée nulle part ailleurs dans la littérature du TA. De plus, advenant qu'on reconnaisse la présence d'un tel terrain « biologique » chez le TA, celui-ci ne revêt aucune pertinence clinique devant l'absence de marqueur biologique pour son diagnostic clinique¹⁹.

En marge du paradigme nosographique du DSM, le TA l'est tout autant vis à vis le paradigme bio-psycho-social qui caractérise la médecine occidentale contemporaine²⁰. Dans ce paradigme bio-psycho-social, le TA occupe incontestablement un pôle psychosocial à la fois

¹⁹ Ce qui est le lot de la quasi-totalité des diagnostics psychiatriques faut-il le souligner.

²⁰ Tel qu'élaboré par Engels (1977) cité par Ronson (2003).

par cette absence relative du « biologique » et par l'importance symbolique d'un « psychosocial ». Pour la psychiatrie s'étant fait plus « biologique » depuis quelques décennies, le diagnostic a un statut particulier qu'on ne manque pas de souligner :

AD does not conform to criteria stipulated for traditional (“bona fide”) disorders (e.g., natural history, specific profile, biological correlates) and for this reason (and also because of its social cultural rootedness) possesses an anomalous status in contemporary “biological” psychiatry. (Fabrega et Mezzich, 1987, p. 45)

Le TA n'est manifestement pas un bon objet d'étude pour quelque investigation biologique. En fait foi, le très faible nombre d'études de nature biologique : « There are very few studies in the literature relating to biological aspects of adjustment disorder » (Laugharne et al., 2003, p.52). Dans notre corpus, à peine sept études peuvent être reliées au champ biologique. Trois études évaluent la dimension biologique de la suicidalité rencontrée chez des patients avec un diagnostic de TA et deux la perception de la douleur ischémique des patients avec un diagnostic de dépression majeure et de trouble d'adaptation.

Pour des chercheurs intéressés par la sphère biologique des troubles psychiatriques ou de façon générale, le TA présente très peu d'attrait : « Several biologically or empirically oriented investigators have condemned this diagnostic category as a “wastebasket”. » (Andreasen et Hoenk, 1982, p. 584). Il est rapidement déclassé par d'autres entités diagnostiques et sujets d'intérêt. “Biologic research generally does not refer specifically to the pathogenesis of AD and deals with either PTSD or more general responses to stress” (Gur et al., 2005, p.727). L'essence du traitement du TA reposant sur une approche psychothérapeutique rend le diagnostic d'autant moins intéressant pour tout le champ de la recherche biopharmacologique.

Cette absence du biologique dans le TA pourrait même avoir un impact plus grand que la simple amputation d'un champ de recherche habituellement présent à tout trouble psychiatrique. Cette situation rendrait le diagnostic non seulement peu intéressant pour le milieu de recherche psychiatrique mais pourrait nuire indirectement à la légitimité « médicale » de la discipline psychiatrique :

It is interesting to contemplate the role that AD plays in contemporary psychiatric

practice. We have seen that in an era more and more dominated by the biomedical paradigm, the biological nonspecificity of AD is problematical for the “medical image” of the discipline. (Fabrega et Mezzich, 1987, p. 45)

5.2 Une détresse psychologique médicalisée

La détresse psychologique associée au TA ne découle d'aucun processus biologique mais bien d'un stresser psychosocial comme le veut la définition. Lorsqu'une maladie physique est en cause dans le développement d'une souffrance significative c'est à titre d'événement perturbant globalement un quotidien qu'elle le fait. Advenant qu'une telle maladie physique induise biologiquement un tableau psychopathologique particulier, on lui attribue un diagnostic de trouble affectif dû à une condition médicale par exemple en vertu de la nomenclature du DSM.

Comme l'indique le critère A de la définition, cette détresse psychologique peut résulter d'un ou plusieurs stressers. Il peut s'agir d'un événement « isolé » ou d'une combinaison de stressers. À la lecture des diverses études de cas et vignettes cliniques, la deuxième situation s'avère plus fréquente que la première. Dans la majorité des cas, de multiples stressers sont présents au tableau clinique et agissent de façon synergique dans la vie de l'individu. On en prend la juste mesure dans cette étude de cas (Desland, 1995, p.60), où l'on fait état de plusieurs stressers à l'axe IV ayant contribué à l'émergence de la détresse psychologique rencontrée chez l'individu :

- Axis I : Adjustment disorder with features of anxiety and depression
- Axis II : No criteria of diagnosis of a Personality Disorder were met, however avoidance traits were noted
- Axis III : Diabetes (adolescent onset) and eczema (early childhood onset).
- Axis IV : Cancer leading to death of her father; arising discord with step family over will; her daughter's rape two years ago; and household burglaries. Rating : severe.
- Axis V : Current Global Assessment Functioning : 50. Highest level in last year : 80.

Quand une maladie physique représente le stresser déclencheur d'une détresse psychologique menant à un diagnostic de TA, il est également fréquent de voir la présence de plusieurs autres stressers psychosociaux en arrière-fond (Oxman et al., 1994).

Le processus par lequel émerge une détresse psychologique significative à la suite d'un stresser est complexe. Plusieurs facteurs et variables peuvent être identifiés dans ce processus qui réfèrent autant à la qualité particulière du stresser qu'au style de coping de l'individu (Strain et al., 1993; Gur et al., 2005). Une grande part de subjectivité serait présente dans le phénomène. Un flou est présent quant à l'importance à donner à un terrain psychologique prédisposant. Si on rapporte parfois une personnalité névrotique prédisposante au développement d'un TA, celle-ci est l'objet d'un appui scientifique bien mince par la présence de deux seules études concluantes qu'on cite dans les articles de revue. Aucune étude n'a pu répondre de façon satisfaisante jusqu'à présent à cette interrogation soulevée par Fabrega et Mezzich (1987) : le diagnostic de TA révèle-t-il une personne plus « sensible » qu'une population normale aux stressers de la vie ou représente-t-il simplement une réaction attendue devant une situation « anormale » ? La réponse demeure ouverte et sujette à débat.

Globalement, cette vulnérabilité psychologique sous-jacente au développement du TA, qu'on lui donne le qualificatif de « névrotique » ou pas, apparaît discutable pour plusieurs raisons. D'abord, le diagnostic de TA serait posé chez une population qu'on pourrait considérer comme relativement bien portante : « [AD] is concerning mainly working people » (Nguyen et al., 2006, p. 147). Si névrose « étiologique » il y a, elle ne serait pas d'une intensité qui interfère avec un fonctionnement habituel. La présence d'une comorbidité avec les troubles de personnalité, groupe diagnostique auquel on reconnaît parfois un « terrain » névrotique, apparaît tout aussi discutable puisqu'un tel diagnostic exclut habituellement celui de TA. Ensuite, l'identification d'un tel terrain psychologique s'avère peu pertinent en pratique clinique comme en théorie puisqu'il s'efface derrière le caractère circonstanciel de la détresse psychologique. Même si une prédisposition névrotique est identifiable chez un patient, advenant qu'on puisse procéder à une telle identification lors d'une unique évaluation diagnostique, elle acquiert une valeur bien relative devant l'intervention thérapeutique ciblant le « problème d'adaptation » immédiat (Casey, 2009). Si une quelconque « névrose » est présente chez un patient et justifie une démarche psychothérapeutique, celle-ci déborde le champ strict du TA. À la manière d'un substrat biologique virtuel, il semble qu'on puisse parler d'une prédisposition psychologique tout aussi virtuelle dans le développement du TA.

On peut difficilement attester de sa présence tout comme on peut difficilement l'exclure tout à fait.

Comme l'illustre Woolston (1988), la causalité linéaire d'un modèle biomédical « étiologique » (un agent étiologique pour un tableau syndromique) serait ainsi insuffisante pour rendre compte de la détresse psychologique réactive qu'identifie le TA. À ce type de causalité relativement simpliste, il faudrait plutôt substituer un modèle hélicoïdal interactif où stressseurs et détresse psychologique s'influencent mutuellement. Un tel modèle hélicoïdal permettrait de rendre compte de façon plus précise le phénomène psychologique qu'identifie le diagnostic et la réalité psychosociale sous-jacente. Il faudrait davantage voir dans cette détresse psychologique jugée insurmontable un équilibre homéostatique rompu (Ronson, 2003) ou encore une charge allostatique débordée (Gur, 2005, p.727). De tels modèles « systémiques » expliqueraient mieux pourquoi un stressseur en apparence anodin, comme une simple dispute conjugale, pourrait parfois être à l'origine d'un diagnostic de TA. Un tel stressseur « anodin » pourrait autant représenter la goutte qui fait déborder le vase d'une accumulation de stressseurs dans la vie d'un individu ou encore se présenter comme un événement rappelant symboliquement un « traumatisme » du passé. Les différentes théories psychologiques (dynamique, cognitive, cognitivo-relationnelle, systémique) reliant un stressseur et une détresse qu'énumère Gur (2005, p.728) ne sont évoquées nulle part ailleurs dans la littérature.

L'intervalle de temps s'écoulant entre la survenue d'un stressseur significatif, ou du moins celui qui fait figure de « goutte faisant déborder le vase », et la détresse psychologique significative serait relativement méconnu : « [...] little is known about the natural time span between the onset of a stressor and the onset of a maladaptive reaction of its duration. » (Kovacs et al., 1995, p.523). Si la définition du TA stipule que cette détresse psychologique doit survenir en-dedans de 3 mois après l'événement de vie pénible, des données laissent croire que ce laps de temps est de l'ordre de quelques semaines. « Studies have shown that of patients with mental disorders, 60% were exposed to a stressor during the 2 weeks preceding the appearance of the disorders. » (Gur et al., 2005, p.728). Cela dit, il semble difficile d'établir quelque généralisation scientifique à cet égard car le début et la fin des stressseurs

reliés à cette détresse psychologique s'avère plus souvent qu'autrement flou et hétérogène d'un individu à un autre (ibid., p.727).

Avant d'être l'objet d'une évaluation médicale, cette détresse psychologique expérimentée par un individu se voit généralement l'objet d'un support fourni par un proche entourage. Celui-ci jouerait un rôle significatif dans la « gestion » première d'une souffrance circonstancielle. Les caractéristiques de ce réseau familial, communautaire ou social se confondent d'ailleurs avec celles d'un individu :

The effect of the stressors also depends not only on their characteristics but also on characteristics of the individual. One such characteristic is the strength and size of the individual social support system that the stressor must disrupt before it can affect the person's inner state. It is not surprising, therefore, that AD is more common among the unmarried [...]. Also, medically ill children are more likely to acquire AD when their families are malfunctioning. (ibid., p.727)

Qu'un individu bénéficie ou non d'un bon support environnant, l'intensité d'une détresse psychologique peut être telle qu'elle déborde une capacité supportante d'une famille ou d'autres formes d'aide dans la communauté. Après avoir épuisé quelque aide disponible dans un proche entourage environnement ou après avoir « objectivé » une détresse psychologique intolérable ou insurmontable dans les circonstances, une démarche consultative auprès d'un professionnel de la santé mentale :

Any one episode of AD, past or present (and probably future), is probably initially dealt with locally in the family among support persons and through culturally prescribed rules and institutions. Serious episodes invariably are medicalized, and in some fashion a psychiatric or quasi-psychiatric professional gets involved. (Fabrega et Mezzich, 1987, p. 45)

Advenant qu'on consulte l'avis d'un médecin, par opposition à l'aide qu'on pourrait aller chercher en psychologie clinique par exemple, on serait autorisé ici à évoquer une médicalisation d'une détresse psychologique.

La médicalisation d'une détresse potentiellement « normale », ou à tout le moins attendu à la suite d'un événement de vie pénible, interpelle la communauté médicale et psychiatrique. S'appuyant sur l'ouvrage classique d'Illich paru en 1977 abordant le phénomène de

médicalisation, l'auteure Casey et al. (2001, p. 480) évoque un certain malaise à l'égard du diagnostic de TA :

Distress and disorder remain conflated in clinical practice and among the research community as we continue to medicalise the emotional vagaries of the human condition [...]

Cet enjeu de médicalisation associé au TA serait partiellement à l'origine de la méfiance entretenue vis à vis du diagnostic. Navarre et al. (1996, p. 303) résume mieux que quiconque l'interrogation suscitée par le TA :

[...] sur un plan plus sociologique et même philosophique, on peut se demander s'il n'est pas déraisonnable de médicaliser et même de psychiatriser un certain nombre d'événements de la vie (et non pas d'événements de vie au sens recherche clinique du terme) qui sont partie intégrante de toute biographie. Lors de notre étude, les stressés psychosociaux déclenchant la "crise" correspondaient en premier lieu à des "disputes conjugales", des problèmes financiers, des ruptures sentimentales. On pourrait bien alléguer les personnalités fragiles de ce type de patients. Mais dans ce cas, le pourcentage de la population générale ayant vécu une crise personnelle est très élevé et vivre difficilement une rupture, une dispute, signe-t-il forcément une faille narcissique à traiter ?

Le TA ne représenterait pas un « vrai » problème de santé mentale dans la mesure où il identifierait une réaction relativement banale à une quelconque épreuve de la vie. À la lecture de cette étude de cas relatant l'histoire d'un militaire troublé par les événements du 11 septembre 2001 et ayant consulté le jour même, on se demande d'ailleurs ce que peut bien représenter une réaction « normale » devant un événement « objectivement » pénible (Strain et Diefenbaker, 2008).

Cette interrogation autour d'une normalité souffrante occupe une place particulière en consultation-liaison psychiatrique. Dans un contexte de maladie physique sérieuse ou de chirurgie majeure, la définition du TA poserait plusieurs problèmes. Il serait difficile de définir clairement une détresse psychologique disproportionnée en face de la maladie tout comme il serait ardu de définir cette rupture de fonctionnement occupationnel (critère B) chez une population plus âgée susceptible d'être confrontée à des pertes « physiques » de différentes natures (Oxman et al., 1994, p.557, Foster et al., 1994, p.153). Une forme de démoralisation secondaire à la maladie physique ou à une opération chirurgicale est souvent

rencontrée. Ce questionnement dépasse même le cadre scientifique pour se faire existentiel et philosophique. En effet, que représente une réaction normale à l'annonce d'une maladie incurable telle que le cancer (Ronson, 2003) ?

Cela dit, le phénomène de médicalisation associé au TA apparaît plutôt équivoque. Il aurait à tout le moins besoin d'être nuancé selon la chercheuse Casey puisqu'on pourrait aussi associer au diagnostic une forme de démedicalisation d'une détresse par le statut non péjoratif qu'il acquiert et le traitement particulier dont il est l'objet.

Although some will argue that the labelling of adjustment disorder in current classifications reinforces the medicalisation of distress [...] we believe that its value lies in identifying those not requiring any treatment from with similar symptoms and dysfunction who require and benefit from specific interventions. (Casey et al., 2001, p. 480)

S'il est difficile de se prononcer sur les contours d'une normalité souffrante, il semble possible d'établir malgré tout une forme de « ligne de partage des eaux » entre ce qui appartient à une souffrance normale et ce qui n'en relève pas. Celle-ci serait présente dans la démarche médicale initiée par un individu. Cette volonté de se faire aider permettrait d'établir qu'une souffrance à dépasser un stade « normal » ou « tolérable » pour un individu. Cette détresse psychologique serait globalement « anormale » aux propres yeux d'un patient. Au-delà de toute subjectivité, il y aurait une forme d'objectivation chez lui qu'une souffrance dépasse un seuil acceptable ou encore celle d'un « simple » problème d'adaptation. Dans l'étude élaborant l'instrument de mesure *Structural Clinical Interview for DSM-IV (SCID)*, on évoque une telle frontière entre quelque problème ordinaire de la vie et le diagnostic de TA :

The border between adjustment disorder and ordinary problem of life may be clarified by the notion that adjustment disorder implies that the severity of the disturbance is sufficient to justify clinical attention or treatment. (First et al., 1995; cité in Casey, 2001, p. 38)

Bien que cette démarche consultative médicale ne soit pas explicitement nommée dans la définition du TA, on peut théoriquement l'associer au critère B de la définition qui requiert la présence d'une « souffrance cliniquement significative ». L'identification d'une souffrance psychologique en situation clinique fournirait un élément de réponse, aussi partiel soit-il, à ce

questionnement théorique autour d'une normalité souffrante. Cela dit, la valeur discriminatoire à donner à cette démarche consultative médicale n'est pas reconnue dans la littérature. En fait, il est plus juste de dire qu'elle est niée puisqu'on se montre grandement dubitatif à son égard. Commentant l'extrait ci-haut, Casey et al. (2001) diront : « It is surprising that the application of a diagnostic label should be determined by treatment-seeking behavior and not by objective criteria such as dysfunction. » Quant à la « souffrance cliniquement significative » du critère B, un critère présent pour tous les diagnostics du DSM faut-il le préciser, on évoque tantôt un caractère subjectif et éluusif (Gur et al., 2005, p. 728), tantôt un caractère vague et tautologique (Baumeister et al., 2009, p. 410).

5.3 Une dimension sociale diffuse

Paradoxalement, la dimension sociale du TA est relativement peu étudiée et peu abordée dans la littérature scientifique associée au diagnostic. Les phénomènes sociaux que représentent les stressseurs psychosociaux, pris individuellement, ne sont pas l'objets d'étude particulières dans le champ du TA pas plus que la littérature spécialisée sur le sujet n'est citée lorsqu'il est en question. Par exemple, on n'observe pas dans la littérature sur le TA de questionnement théorique, ni même de réflexion ouverte, quant à une possible association entre un taux de divorce relativement élevé en Occident et une prévalence clinique élevée du diagnostic. Or, il serait peut-être permis de soulever une telle chose si on se fie aux statistiques contemporaines :

Marriage breakdown and divorce is both common and a source of significant psychological difficulty in Western countries. It is estimated that 40% of all current marriages will end in divorce [...] Divorce and marital distress are associated with high frequencies of severe subjective distress, most commonly depression, anxiety and somatic complaints [...] (Halford, 1987, p. 28).

Malgré la prédominance marquée du « social » sur le « biologique » qu'on peut identifier dans l'émergence d'une détresse psychologique menant au diagnostic, cette dimension sociale semble échapper aux préoccupations des chercheurs et auteurs se penchant sur le TA. Même les deux études de nature anthropologique abordant le diagnostic dans la littérature n'observent pas les stressseurs psychosociaux sous une loupe « sociologique » mais préfèrent

porter leur regard sur le diagnostic en soi à titre d'objet social, clinique et scientifique. À peine voit-on quelques chercheurs comme Rahe (1990) laisser entendre indirectement la possibilité qu'un certain mode de vie contemporain puisse entraîner une hausse du nombre de diagnostics de TA : « The general perception that life has become more difficult over the past three decades is likely true. » (ibid., p. 15).

Une des causes possibles de ce désintéressement apparent pour la dimension sociale associée au TA se retrouverait dans la difficulté de l'étudier formellement. Dès l'introduction du TA dans le DSM-III, on évoque comment la conceptualisation de tels diagnostics « psychosociaux » et leur évaluation est relativement compliquées :

As psychiatry has become increasingly biological, approaches to diagnosis that emphasize social or situational factors have fallen on hard times. Even researchers who consider psychosocial factors to be relevant, whether to etiology or classification or treatment, recognize that they are difficult to conceptualize rigorously or to measure precisely. (Andreasen et Hoenck, 1982, p. 584)

Ainsi, l'observation des facteurs sociaux associées au diagnostic clinique posé « individuellement » serait entravée par l'hétérogénéité des variables en cause et de certains obstacles méthodologiques.

L'intérêt pour le « social » associé au TA s'exprime surtout à travers la dimension culturelle du diagnostic et tout le questionnement que celle-ci suscite. Plusieurs études, notamment celle de nature anthropologique de Fabrega et Mezzich (1987), abordent ce thème. L'expression d'une détresse psychologique ainsi que la perception de la souffrance varient grandement d'une culture à une culture. La distribution et la qualité des stressors de même que les modèles explicatifs diffèrent tout autant selon les régions du monde. Ainsi, le diagnostic de TA doit-il être perçu comme un produit « culturel » nord-américain et occidental : « a nosologic entity in the Western biomedical (contemporary psychiatric) theory of illness » (ibid., p. 32). Il convient ainsi de noter la présence de concepts équivalents au diagnostic de TA dans d'autres populations :

It is important to distinguish analytically between AD as diagnosed and conceptualized by an informed Western observer and what that same disturbance might be called and how it is likely to be understood by lay members of a social-cultural group and by their

practitioners of medicine. The latter name or term, which one might label AD, obviously differs, and its meaning and interpretation depend on the cultural conventions prevalent in the people of interest. (ibid., p. 34)

D'ailleurs, le diagnostic de TA, ou un proche équivalent, n'existerait pas dans certaines classifications des troubles mentaux. La psychiatrie chinoise n'aurait pas notamment un tel diagnostic : « Interestingly, the Chinese have no separate diagnosis of AD and disregard the presence of a precedent stress in mental illness » (Gur et al., 2005, p. 728). Cette situation pourrait néanmoins être appelée à changer prochainement puisqu'un article récent d'auteurs chinois évalue la « validité » du diagnostic sur une population chinoise (So et al., 2003).

Le « TA », à titre de modèle explicatif d'une détresse psychologique réactive, prendrait une variété d'appellations différentes selon les groupes culturels. C'est le cas des « *saladera* », « *nervios* » ou « *susto* » pour une population latino-américaine (Fabrega et Mezzich, 1987, p. 34). Cette situation est bien illustrée par une étude de cas clinique où il est question d'un patient d'origine vietnamienne émigré depuis peu en Australie atteint de *mot cuc gio* :

There were two explanatory models of illness at work : Nam's understanding of his condition that has been outlined above, was grounded in Vietnamese cultural beliefs; the understanding that we proposed was grounded in the cultural beliefs of Western psychiatry. We conceptualized his illness as a psychological reaction (adjustment disorder) in which panic attacks were prominent, culminating in at least two full-blown panic attacks. (Barrett, 1997, p. 492)

La réaction psychologique à un stressor s'évalue ainsi à l'orée de normes dites culturelles : « its meaning and interpretation depend on the cultural conventions prevalent in the people of interest » (Fabrega et Mezzich, 1987, p. 34). À ce titre, le TA engendre tout un questionnement autour des normes culturelles à partir desquelles on identifie cliniquement une détresse psychologique rencontrée et plus particulièrement dans un contexte d'émigration. L'étude de cas d'un père de famille d'origine taïwanaise émigré aux États-Unis (Yeung et Chang, 2002) illustre bien comment une altérité culturelle peut solliciter une telle réflexion :

This case demonstrates that chronic stresses associated with immigration and acculturation may produce substantial functional and interpersonal difficulties. The different lenses – cultural, familial, legal, medical – through which the K. family's

adjustment difficulties may be viewed illustrate the complex task of negotiating competing cultural norms, interpretations, and solutions. The question is also raised : when norms differ, which ones should be used ? (ibid., p. 524)

Le regard porté sur une difficulté d'adaptation sociale ou encore à une souffrance psychologique chez un individu-patient issu d'une culture étrangère est le lieu d'une subjectivité particulière. La subjectivité identifiée dans un regard clinicien à l'égard d'un patient issu d'une culture dite étrangère serait à l'origine d'une légère modification de la définition du diagnostic dans le DSM-IV. Comme l'expliquent Strain et al. (1993), la notion de maladaptation inscrite dans la définition antérieure était jugée problématique parce qu'elle prêtait flanc au jugement de valeur interculturel. Voilà pourquoi on remplaça l'expression « réaction maladaptée » présente dans le critère B des DSM-III-R par « souffrance cliniquement significative » jugée plus neutre afin de « minimiser l'impact de considérations subjectives ». Ce retrait fut justifié par la trop grande subjectivité inhérente à l'identification d'une réaction maladaptée, prêtant flanc au jugement de valeur et indissociable d'un contexte culturel donné. Cela n'empêche pas malgré tout plusieurs auteurs d'utiliser l'expression « maladaptation » comme Nieuwenhuijsen et al. (2003).

Fait intéressant, le caractère « culturel » du diagnostic de TA s'affirme aussi dans ses distinctions nosographiques vis à vis la définition de son « faux-frère » du CIM (la classification internationale des maladies). En effet, le TA, tel que défini par la CIM-10, présente des différences minimales mais significatives qui le rend plus vague que le diagnostic du DSM : « an even vaguer concept of AD in ICD-10 as compared to DSM-IV-TR » (Baumeister et al., 2009, p. 144). Ces différences sont présentes à travers plusieurs critères nosographiques :

The main differences between DSM and ICD are a more restrictive time period, during which symptoms must develop in response to a stressor (3 vs 1 months), the missed incorporation of an explicated clinical significance criterion and the bereavement criterion, which is not mentioned in the ICD-10. (ibid., p. 144)

La catégorisation formelle n'est également pas la même pour les deux diagnostics. Alors que le TA du DSM fait figure de catégorie diagnostique entière, le TA de la CIM est regroupé avec le TPST. Ces fines particularités qui séparent les deux diagnostics laissent voir à quel

point le diagnostic a un caractère construit et culturel. Bien que le diagnostic de la CIM s'inspire directement de celui du DSM quand il fut introduit dans la neuvième version en 1992, sa définition formelle s'en écarte légèrement. On peut ainsi affirmer qu'une culture médico-psychiatrique européenne (à l'origine de la CIM) conçoit différemment le « TA » que l'américaine.

Cela dit, aussi « culturel » soit le TA, il identifie malgré tout un phénomène psychologique « universel », celui d'une détresse psychologique jugée insurmontable et secondaire à un événement de vie pénible. Toute la relativité culturelle qu'on peut associer au TA, que ce soit dans la construction scientifique, l'expression phénoménologique ou l'approche clinique préconisée, nécessite d'être nuancée. Au-delà de cette « myriad (of) interpretations and modes of handling cultural and historical varieties of social behavioral disturbances » (Fabrega et Mezzich, 1987, p. 34), le TA désigne une situation particulière qu'on retrouve dans toutes les cultures du monde (Casey, 2009). Les modalités de cette souffrance morale réactive à un événement de vie éprouvant ne serait pas tant tributaire d'un contexte culturel que d'une condition humaine comme le révèle une perspective anthropologique :

It is reasonable to assume that behavioral disturbances that an informed Western observer may term an AD (hereafter, AD) are universal occurrences in human groups. Certainly, no body of anthropological literature supports the idea that any cultural group of people is free of "stressors" significant enough to lead to psychic pain and-or interferences in functioning. (Fabrega et Mezzich, 1987, p. 35)

S'il peut arriver qu'un événement singulier tel qu'une catastrophe naturelle puisse entraîner un diagnostic de TA, le stressor typique relève plus souvent qu'autrement de l'« existentiel » puisque touchant une condition humaine. Si la réaction psychologique est individuelle, le stressor qui la cause a une couleur « universelle ». L'épreuve que représente l'émergence d'une maladie physique sévère ne relève pas tant d'un « psy » problématique que d'une souffrance humaine attendue.

En résumé, l'absence de substrat biologique inhérent au développement de la détresse psychologique associée au TA confère à celui-ci un statut « psychosocial » dans le paradigme bio-psycho-social de la médecine occidentale contemporaine. L'aspect circonstanciel de cette

détresse ainsi que le caractère proprement individuel du diagnostic clinique font cependant en sorte qu'une sphère « psychosociale » ne peut être perçue comme plus affirmée dans son « étiologie » que celle qu'on peut identifier à tout autre trouble psychiatrique. Les stressors psychosociaux en soi, tels que le divorce ou la perte d'emploi, à titre de phénomènes sociaux, ne sont que superficiellement abordés dans la littérature. La dimension sociale associée au TA qui est l'objet d'une certaine attention est la sphère de l'altérité culturelle dans l'expression d'une détresse psychologique et d'une normativité « autre » influençant un diagnostic clinique. Au-delà d'une certaine prétention universaliste et au contact d'autres concepts « psy » apparentés, le diagnostic TA s'avère lui-même un objet « culturel » par la culture spécifique l'ayant défini, c'est à dire nord-américaine et psychiatrique.

CHAPITRE VI

UNE REPRÉSENTATION SCIENTIFIQUE FLOUE

6.1 Une étiquette de trouble psychiatrique

Bien qu'on n'identifie pas le TA comme une maladie psychiatrique et qu'il y ait une certaine unanimité quant à son statut mineur parmi les troubles « psy », plusieurs auteurs continuent de lui prêter l'appellation générique de « trouble psychiatrique ». Même une auteure comme Casey qui questionne l'interface du diagnostic avec une souffrance dite normale lui accorde ce statut dans l'une de ses publications. La phrase introductive de l'étude épidémiologique ODIN est sans équivoque : « Adjustment disorder with depressive disorder (AD) is a recognized psychiatric disorder... » (Casey et al., 2006, p. 291). On catégorisera le TA parmi les « stress-induced psychiatric disorder » (Bär et Boetger, 2006). Bien qu'on hésite à lui décerner le titre générique d'entité psychopathologique, préférant évoquer une entité diagnostique, clinique ou nosographique, le TA serait malgré tout perçu comme une réponse pathologique au stress (« a pathological response to stress ») (Ansseau et al., 1996, p. 296). Par la souffrance psychologique associée, le diagnostic appartiendrait au champ de la psychopathologie dans sa définition large sans pour autant représenter une entité psychopathologique formelle.

Malgré la reconnaissance plutôt établie de la position intermédiaire du TA entre une normalité et une psychopathologie dans les articles de revue successifs, plusieurs études ne le mentionnent pas. Toutes proportions gardées, cette omission se fait plus fréquente dans les travaux de nature biologique (Boettger et Bär, 2007) et pharmacothérapeutique (Ansseau et al., 1996; Nguyen et al., 2006). Cette situation apparaît surprenante au premier coup d'œil car les principaux travaux sur le TA, c'est à dire ces études qui composent le noyau de connaissances accumulées depuis une trentaine d'années, évoquent toutes ou presque ce statut singulier du diagnostic. Les articles de revue offrant un panorama complet du diagnostic,

affiche une perspective non équivoque sur le caractère intermédiaire ou ambigu du statut psychopathologique attribuable au TA. Un bref survol de la littérature abordant le TA renseigne rapidement tout chercheur que le diagnostic ne peut se voir identifier sans nuance aucune comme un trouble psychiatrique. L'omission d'une quelconque référence à ce statut intermédiaire entre une normalité et une psychopathologie, pourtant reconnu dans la littérature, engendre là encore un questionnement théorique. Faut-il identifier ici une faute scientifique ou éthique ? Faut-il y voir plutôt une méconnaissance relative de la « nature » exacte du TA ou encore un « simple » soucis d'alléger un texte scientifique par l'utilisation d'un raccourci sémantique ?

Bien que l'utilisation de la dénomination générique de « trouble psychiatrique » ou de l'omission d'un statut intermédiaire vis à vis une normalité puisse interroger, elle n'est pas la cible de commentaires critiques dans la littérature. Ce silence autour de cette question apparaît d'autant plus étonnant qu'il contraste avec tout le « bruit » entourant le débat sur la définition du TA. Alors qu'on se questionne sur les méfaits potentiels et insidieux à évoquer une « dépression » pour le TA avec humeur dépressive (Casey, 2006), on n'interpelle pas ce statut accordé de « trouble psychiatrique ».

En fait, si ces études donnant au TA le titre de trouble psychiatrique sont acceptés par les comités scientifiques des revues sans problème apparent c'est que l'emploi d'une telle dénomination paraît permise dans certains cas. À la lumière de l'utilisation clinique qui est faite du TA, un nombre non négligeable de cas diagnostiqués présentent un tableau symptomatique dont la sévérité phénoménologique, ou l'évolution ultérieure, peuvent être rapprochés d'un pôle « psychiatrique » ou de troubles dits majeurs. C'est le cas de ce « TA » évoluant vers une dépression majeure (Takei et al., 2006) ou encore de cet épisode de « TA » progressant vers un trouble psychotique et pouvant être identifié rétrospectivement comme la phase prodromique d'une maladie psychiatrique non équivoque.

Notons aussi ces cas cliniques de « TA » auxquels est associé une suicidalité ou qui se terminent dramatiquement par un suicide complété. Par sa connotation éminemment « majeure » à côté de symptômes anxiodépressifs dits mineurs, cette suicidalité associée au

TA rapproche le diagnostic des autres troubles psychiatriques. L'aspect dramatique de la suicidalité explique sans doute pourquoi on observe la présence de huit études qui se penchent spécifiquement sur la suicidalité associée au TA. Bien que certaines cohortes de patients d'études cliniques laissent voir une prévalence élevée d'idées ou gestes suicidaires, parfois jusqu'à 30% à 50%, il convient de souligner que la suicidalité représente un phénomène rare dans le TA. Les données épidémiologiques précédentes contrastent beaucoup avec d'autres statistiques qui évoquent une prévalence d'à peine 5% (Carta et al., 2009). L'utilisation clinique particulière du diagnostic, « culturelle » ou « locale », pourrait expliquer un tel écart. En pratique clinique courante, la suicidalité est plutôt « étrangère » au diagnostic de TA car sa présence fera d'emblée penser à d'autres diagnostics plus sévères du DSM, à commencer par les diagnostics de dépression majeure (voir Annexe A) et de trouble de personnalité limite (voir Annexe D) possédant tous deux un critère nosographique touchant la suicidalité. On peut même se demander si la suicidalité, par la sévérité relative d'un tel symptôme, n'exclut pas d'emblée un diagnostic de TA auquel est associé un noyau phénoménologique mineure.

L'hospitalisation dans une unité psychiatrique que requièrent certains patients chez qui l'on a diagnostiqué un TA questionne également l'utilisation faite du diagnostic. Comment comprendre qu'on puisse hospitaliser dans un lit psychiatrique un patient pour une condition « psy » dont le traitement relativement simple et pour laquelle on reconnaît une résolution plus ou moins spontanée ? S'il est possible d'imaginer bénéfique un bref séjour à l'hôpital dans un moment de crise, une hospitalisation psychiatrique aussi longue que quelques semaines paraît a priori étrange.

Ainsi, bien que le TA puisse être rattaché aux troubles psychiatriques dits majeurs dans certains cas cliniques, son noyau phénoménologique central ne peut être identifié comme celui d'un trouble psychiatrique comme tel. Par sa contiguïté avec une normalité souffrante et la résolution spontanée qu'on lui reconnaît, on peut même alléguer que le TA représente le plus mineur des troubles psychiatriques dits mineurs. Par comparaison, les troubles anxieux primaires, les meilleurs représentants des troubles psychiatriques dits mineurs, se voient rarement l'objet d'une discussion autour d'une normalité souffrante dans la littérature

scientifique. Peut-on seulement identifier le TA comme un diagnostic « psychiatrique » dans un sens générique large ? On pourrait alléguer que cette dénomination est problématique par la « couleur » symptomatique plus sévère qu'elle attribue au diagnostic. Elle dénaturerait le noyau phénoménologique mineur du diagnostic en le rattachant pernicieusement au groupe des troubles psychiatriques majeurs. Il en va de même pour le « traitement » du TA : est-il possible d'évoquer pareil « traitement » pour ce diagnostic, comme on le fait pour toute maladie non équivoque, quand l'intervention thérapeutique s'avère aussi limitée, sinon absente ? La dénomination générique « psychiatrique » cause en soi un questionnement théorique qu'on ne peut pas juger futile puisqu'il touche le statut même du TA. En même temps, il semble difficile de lui retirer complètement un statut « psychopathologique » dans le champ médical puisque la souffrance qu'il représente concerne le « psy » problématique par opposition au « physique » malade. C'est toute la sémantique employée à l'égard du TA qui semble poser problème : « another problem with the adjustment disorder diagnosis is linguistic » (Casey (2001, p.39). Au-delà de la définition non spécifique du TA, il semble qu'on puisse lui identifier une ambiguïté essentielle qui relève de sa nature même : « the ambiguity of AD lies not only in its use; it is essentially and fundamentally ambiguous [...] » (Pollock, 1992, p. 33).

6.2 Un objet d'étude médical

Si la nature « psychiatrique » du TA est grandement discutable et si le phénomène de médicalisation d'une souffrance « normale » à travers le diagnostic questionne, la littérature sur le TA est essentiellement médicale et majoritairement issue du champ psychiatrique. Il convient de le noter aussi, bien que le TA soit diagnostiqué aussi souvent en médecine générale qu'en clinique psychiatrique de première ligne, on retrouve très peu d'études émanant de la médecine générale. En effet, à peine une dizaine d'études cliniques peuvent être associées à la pratique de la médecine générale en face d'une cinquantaine pour celle de la psychiatrie.

Les préoccupations scientifiques qui marquent le TA comme champ d'étude sont celles de la clinique et de la recherche médicale. Les chercheurs et auteurs qui étudient le TA sont pour la

grande majorité médecins, les études cliniques sont menées pour la plupart dans un lieu médical. Par exemple, les études de dépistage du TA montrent une préoccupation particulière face aux moyens d'identifier plus aisément un syndrome dépressif significatif en pratique hospitalière. Les études épidémiologiques réalisées sur des cohortes de patients s'attardent davantage à identifier et catégoriser la symptomatologie clinique et les sous-types diagnostiques et les types de stressors qu'à explorer les répercussions personnelles d'un stressor psychosocial particulier sur l'individu. Les débats entourant la définition et la nature du TA ont essentiellement cours dans le milieu médical comme en fait foi le titre de médecin des auteurs des quatre lettres à l'éditeur présents dans notre corpus d'études ainsi que du seul éditorial présent dans notre corpus abordant de front l'imprécision de la définition du TA (Casey et al., 2001).

Le traitement théorique fait du TA dans la littérature est grandement teinté d'une perspective médicale. Les trois grands types de textes scientifiques qu'on retrouve dans la littérature sont rattachés directement à la médecine : les études épidémiologiques, les études thérapeutiques et les articles de revue. Ensemble, ces études totalisent près de la moitié de la littérature sur le TA²¹. Les articles de revue médicaux, ayant pour objectif didactique de présenter un compte-rendu complet d'une maladie auprès d'un lectorat de médecins praticiens, contribuent à donner subtilement un visage plus « médical » au diagnostic. Dans ces textes, on aborde le diagnostic par les dimensions substantives propres à toute maladie, en lui consacrant une section étiologique, une autre épidémiologique, une autre thérapeutique, etc. Si le TA n'est en rien une maladie dans le sens de *disease* du terme, comme nous l'avons vu plus tôt, le traitement théorique que lui réservent ces articles de revue lui donnent indirectement un statut de « maladie ». Le nombre de ces articles de revue apparaît relativement élevé. Il laisse voir la forte présence, toutes proportions gardées, d'études non cliniques est à souligner. En effet, le quart des études médicales portant sur le TA représente des textes qui ne sont pas des études originales mais des articles de revue, opinions d'expert et lettres à l'éditeur où l'on « parle » et « décrit » le TA plutôt qu'on l'« étudie ».

Le champ de la santé mentale non médical semble quant à lui peu intéressé par le TA. En fait

²¹ Selon notre catégorisation, leurs nombres respectifs sont de 25, 15 et 17 pour un total de 57 textes.

foi la présence d'à peine une quinzaine d'études émanant d'auteurs et chercheurs non médecins. Parmi cette littérature « psy » non médicale, une absence se fait particulièrement remarquée, celle de la discipline psychologique. On dénombre en effet moins de cinq études issus du milieu de la psychologie. Ce chiffre doit être considéré comme petit dans la mesure ou le diagnostic, par sa nature mineure et l'approche psychothérapeutique favorisée dans son traitement, est un objet clinique tout désigné pour le champ de la santé mentale non médical. Qui plus est, le champ des études thérapeutiques comporte une majorité d'études de nature pharmacothérapeutique (une dizaine d'études sur quinze) où l'on s'intéresse davantage, comme on s'y attend, aux effets secondaires des médicaments testés sur les patients qu'aux stressés en soi ou à leur vécu expérientiel.

Parmi la littérature non médicale, une étude réalisée par une travailleuse sociale œuvrant dans le milieu de la santé mentale (Frankel, 2001) retient particulièrement notre attention par le traitement théorique erroné, il est possible de le dire, qui est fait du TA. En effet, avec les informations données dans le texte, le diagnostic de TA donné au patient qu'elle a suivi dans un cadre psychothérapeutique pendant plusieurs semaines paraît grandement improbable. L'histoire du patient présente plusieurs éléments qui militent en faveur d'un autre diagnostic que celui de TA. Tout d'abord, la présence de signes neurovégétatifs de dépression (« neurovegetative signs of depression ») et l'introduction d'un antidépresseur par le médecin traitant suggèrent grandement, sinon confirment, la présence d'un diagnostic de dépression majeure plutôt que celui d'un TA avec humeur dépressive. Ensuite, le décès de la femme du patient 9 mois plus tôt et entraînant de la tristesse chez celui-ci exclut en principe un diagnostic de TA. Rien ne laisse croire par ailleurs la présence potentielle d'un deuil dit compliqué pouvant se mériter parfois un tel diagnostic. Enfin, la présence d'une maladie de Parkinson à laquelle peut être reliée un tableau dépressif pourrait aussi se valoir un autre diagnostic « étiologique » en celui de trouble de l'humeur secondaire à une condition médicale. Cette erreur diagnostique est d'autant plus incongrue que l'auteure souligne l'importance dans son texte de procéder à un juste diagnostic. Toujours est-il que cette étude de cas clinique montre à quel point le TA est à la fois un objet clinique qui nécessite une certaine connaissance médicale pour l'aborder avec la plus grande justesse possible et un diagnostic de travail malgré tout satisfaisant pour des situations cliniques pouvant mériter un

autre diagnostic.

Par ailleurs, parmi la littérature psychiatrique, on remarque la forte présence de la consultation-liaison psychiatrique qui s'affirme autant sur un plan quantitatif que qualitatif. Pas moins d'une vingtaine d'études cliniques émanent du champ de la consultation-liaison psychiatrique, un chiffre proportionnellement élevé dans le groupe des études menées en psychiatrie. De plus, dans le champ théorique du TA, les chercheurs qu'on peut considérer comme les deux plus grandes autorités scientifiques par le nombre d'études qu'ils ont mené, les docteurs Patricia Casey et John J. Strain, sont issues du milieu de la consultation-liaison. Leurs travaux, depuis une dizaine et une vingtaine d'années respectivement, ont eu une grande influence sur la connaissance entourant le diagnostic de TA, voire sa définition même. Soulignons aussi que la consultation-liaison psychiatrique est le lieu clinique de cette seule étude formelle qui émane du champ anthropologique, celle de Pollock (1992). Cette présence marquée de la consultation-liaison psychiatrique à l'intérieur du champ du TA fait voir comment cette sous-discipline psychiatrique fait globalement figure d'experte du « psy » dans un hôpital général. Indépendamment du caractère mineur ou quasi-normal du TA, si un questionnement ou un doute émerge chez un médecin non psychiatre quant à la signification à donner à une détresse psychologique chez un patient rencontré, le psychiatre sera le médecin consultant demandé. On voit incidemment apparaître un double paradoxe entourant le statut « psychiatrique » du TA. Autant dans une représentation scientifique que dans une pratique clinique, le TA s'avère d'autant plus l'« affaire » de la psychiatrie que celle-ci est la science clinique la plus apte à rappeler que le diagnostic n'est pas « psychiatrique » à proprement parler.

6.3 Une catégorie diagnostique dissonante

La définition du TA s'avère également ambiguë sur un plan formel, c'est à dire dans le statut générique catégoriel qu'on lui prête dans le DSM. En effet, au-delà de son statut officiel de catégorie diagnostique dans le DSM, le TA est aussi identifié, perçu et représenté comme un concept diagnostique. À l'emploi répandu du terme « concept » dans la littérature, on note l'utilisation fréquente du terme « entité » (nosographique, diagnostique, clinique) pour le

décrire ainsi que l'usage occasionnel de guillemets pour le nommer (Navarre et al., 1996; van der Klink et al., 2003). Quand propose une redéfinition du TA, on évoque d'ailleurs « un nouveau concept diagnostique » (Maercker et al., 2007). Ce traitement sémantique est pour le moins inusité pour un diagnostic médical. Pour un travailleur en santé mentale, et pour un individu-patient incidemment, cette « identité » de concept diagnostique peut être d'autant plus problématique qu'une détresse psychologique est difficilement réductible en clinique à un « concept ». S'il n'est pas le seul diagnostic du DSM ayant une valeur conceptuelle forte, pensons aux diagnostics à problème, il est malgré tout celui à la prévalence clinique la plus élevée. Soulignons aussi qu'on identifie rarement les autres grands diagnostics du DSM comme « concept diagnostique ». Une question se pose donc : comment un diagnostic peut-il être à la fois catégorie diagnostique et concept diagnostique ?

La valeur conceptuelle du TA, du moins l'identification qu'on en fait dans la littérature, proviendrait en partie de la construction scientifique manifeste dont a été l'objet sa définition. Cette construction scientifique est bien perceptible au moment de son introduction dans le DSM-III en 1980 mais aussi dans la redéfinition que subit le TA dans les versions subséquentes de la nosographie psychiatrique américaine officielle. Les changements apportés à sa définition dans le DSM-IV en 1994 résultent directement des critiques formulées par différents chercheurs et cliniciens constatant des inadéquations descriptives en face d'une réalité clinique. La possibilité de voir d'autres modifications dans le DSM-V à paraître en 2013 renforce cette impression d'une construction scientifique au long cours. Cette construction scientifique identifiable est le travail d'une institution psychiatrique et médicale qu'on ne peut pas dissocier d'une culture nord-américaine et occidentale. Comme nous l'avons vu, la détresse psychologique que désigne le diagnostic se voit nommé autrement ailleurs dans le monde mais aussi dans une culture dite « populaire ».

L'aspect construit de la définition du TA se perçoit aussi dans ce statut catégoriel arbitraire qu'on lui donne dans le DSM. Celui-ci se voit d'ailleurs questionné à l'occasion de la sortie du DSM-IV. Les différentes formes de catégorisation envisagée pour le TA et ses sous-types laisse voir à quel point le TA représente un diagnostic « psychiatrique » pas comme les autres :

Because the adjustment disorders are subthreshold conditions and are related to stressful life events, they might be placed at any of several locations within the overall DSM classification. One alternative is to split up the subtypes and place them with like disorders such as mood, anxiety, or conduct disorders. [...] Another possibility is to relocate the adjustment disorders to a separate etiologically defined grouping of stress-related disorders, which would also include posttraumatic stress disorder. ICD-10 has opted for a similar solution. A third alternative is to place adjustment disorder in the V-code section. Conceptually, this placement would redefine adjustment disorders as a “life problems” category, similar to “bereavement”. Finally, as in DSM-III and DSM-III-R, adjustment disorder could remain a distinct diagnostic entity. [...] this solution is the most likely [...] (Strain et al., 1993, p. 15)

La catégorisation du TA demeure objet de débat : « There are a number of debates taking place with regard to the classification of adjustment disorder. These are complex and beyond the scope of this review [...] » (Casey, 2009, p. 930) . La littérature nous montre comment cette catégorisation du diagnostic est multiple. On le voit tour à tour comme une entité faisant partie des troubles dépressifs, des troubles reliés au stress et des troubles subsyndromiques. On lui prête à la fois une identité de diagnostic fourre-tout, diagnostic étiologique et problème d'adaptation souffrant. Il arrive aussi qu'on le rattache aux troubles de personnalité comme dans une étude épidémiologique sur les problèmes en santé mentale menée à Montréal (Benigeri, 2007; cité in Otero, 2011). La situation se complique aussi par la catégorisation de ce diagnostic faux-frère présent dans la CIM (Classification Internationale des Maladies) avec le trouble de stress post-traumatique. Il n'est pas impossible que cette catégorisation diagnostique différente influence indirectement ces chercheurs européens comme (Baumeister et al., 2009) à préconiser une autre redéfinition du TA dans le prochain DSM-V.

Toujours est-il que la catégorie diagnostique formelle du TA ne fait sens qu'à l'intérieur du champ nosographique du DSM à titre de « symbolic category possessing significance in a particular universe of discourse » (Fabrega et Mezzich, 1987, p. 32). Au-delà de tout le flou conceptuel qu'on peut percevoir « objectivement » dans la définition du TA contraste néanmoins beaucoup avec la simplicité relative avec laquelle on utilise le diagnostic en pratique. « The concept of adjustment disorder is clear : an individual on the one hand and a stressor on the other undergo an interaction and as a result certain symptoms appear. » (Gur et al., 2005, p. 726). L'utilité clinique qu'on reconnaît au TA fait penser que ni un clinicien ni

un patient ne se plaint d'un tel flou. Le flou du TA réside dans sa définition théorique et non pas dans son utilisation pratique. Comme le dit Casey (2009, p. 936) : « The fact that, despite the conceptual and diagnostic difficulties, the diagnosis continues to be made is indicative of its utility. » Malgré le flou théorique entourant le concept du TA, on continue ainsi de reconnaître une utilité clinique au diagnostic.

En résumé, en dépit du noyau phénoménologique central mineur qu'on peut lui identifier, le diagnostic de TA se voit invariablement associé, par sa définition même, à une condition médicale et à un trouble psychiatrique. L'utilisation faite du diagnostic dans certaines situations cliniques et selon les régions du monde lui confèrent une couleur parfois plus sévère que son statut mineur ne lui concède a priori. Cette situation particulière lui confère une nature profondément ambiguë qui se trouve renforcée par le traitement théorique et scientifique dont il est l'objet. À l'intérieur du champ de la santé mentale, il représente vraisemblablement un objet d'étude médical pour les autres disciplines scientifiques et à l'intérieur du champ médical un objet « psychiatrique » par l'expertise attribuée à la spécialité psychiatrique à tout le « psy » problématique. La dissonance provoquée entre son statut catégoriel formel et le statut de concept diagnostique qu'on lui prête dans la littérature rajoute à cette ambiguïté inhérente.

CHAPITRE VII

UN DIAGNOSTIC « PSY » INVISIBLE

7.1 Un objet scientifique ambigü

L'ambiguïté du diagnostic de TA va au-delà de son statut « psychiatrique » et de son statut catégoriel formelle. Comme on l'a vu, par le phénomène appréhendé de la médicalisation d'une souffrance potentiellement normale, un questionnement émerge : le TA relève-t-il davantage de la psychopathologie dans le sens large du terme ou du continuum d'une normalité dite souffrante ? L'utilisation clinique du TA lui confère vraisemblablement tout un champ diagnostique allant d'un « problème d'adaptation » souffrant à un « trouble psychiatrique » mineur. Dans une interface supérieure qui côtoie une franche psychopathologie, il serait parfois utilisé pour des cas cliniques où l'on peut évoquer un prodrome schizophrénique, une dépression majeure ou un trouble de personnalité. Dans une interface inférieure qui côtoie une souffrance normale, le TA serait manifestement plus utilisé que les diagnostics à problème, les troubles non spécifiés et le diagnostic « pas de diagnostic ». Tout indique que le diagnostic du TA se situe globalement, dans la pluralité des cas cliniques et sur un plan phénoménologique, « aux confins du normal et du pathologique » (Filteau, 1993).

Cela dit, le statut intermédiaire entre la psychopathologie et la normalité qu'on peut attribuer au TA sur un plan théorique ne se traduit pas aussi facilement en situation clinique. Comme nous l'avons vu, la souffrance de certains patients recevant un diagnostic de TA peut parfois être rapprochée d'une « normalité » existentielle (le cas d'une démoralisation secondaire à une maladie physique) parfois d'une sévérité « psychiatrique » (le cas d'un prodrome schizophrénique). On peut imaginer que pour un certain nombre de patients se voyant apposer un diagnostic de TA, le caractère psychopathologique ou normal de leur souffrance peut être difficile à préciser. La détresse psychologique présentée ne serait alors ni

assimilable à de la psychopathologie au sens strict du terme ni assimilable à de la souffrance jugée « normale ». Ainsi, trois grands types de « TA » cliniques peuvent être identifiés selon un statut psychopathologique. Il y aura ces cas relevant d'une souffrance normale, ces cas relevant d'une franche psychopathologie et ces cas pour lesquels il est difficile de se prononcer. En vertu de la fine distinction qu'on peut faire des notions d'ambiguïté et de vague, le statut psychopathologique du TA s'avère donc vague plutôt qu'ambigu dans la pluralité des cas cliniques²².

La médicalisation potentielle d'un mal-être « normal » à travers le diagnostic s'avère tout aussi ambiguë. Bien que ce phénomène appréhendé soit à l'origine de la suspicion à l'égard du diagnostic, on approfondit relativement peu cet enjeu dans la littérature sur le TA. Ce faible recours à la théorie concernant la médicalisation, tout comme le faible recours à la théorie autour de la notion du normal et du pathologique dans la littérature sur le TA, questionne en soi le degré d'importance ou de gravité à donner au phénomène. Ainsi, on constate que l'appréhension d'une médicalisation à travers le TA est suffisamment importante pour susciter de la méfiance à l'égard du diagnostic dans la communauté scientifique « psy » mais pas assez pour susciter quelque approfondissement théorique sur le sujet. Cette situation en apparence contradictoire s'explique par le caractère complexe qu'on peut reconnaître au phénomène de médicalisation (Gabe et al., 2004). Si on peut affirmer que le diagnostic représente sur papier une forme de médicalisation de l'existence (Gori et Del Volgo, 2005), son utilisation pratique contredit une telle chose puisqu'il peut servir à « démedicaliser » indirectement un problème de santé mentale par son statut non péjoratif mis à profit. La pathologisation d'une réponse normale à une épreuve de la vie qu'on perçoit dans le TA (Horwitz et Wakefield, 2007) aurait davantage lieu dans un traitement théorique que dans un traitement clinique. À notre avis, elle serait plus manifeste dans une dénomination attribuée

²² « [...] la notion d'ambiguïté doit être soigneusement distinguée de la notion de vague (Alston, 1964; Gillon, 2004), que l'on peut caractériser comme suit. Une expression a un sens vague si trois types de cas se présentent : (i) des cas où l'expression s'applique clairement, (ii) des cas où il est clair que l'expression ne peut pas s'appliquer, et (iii) des cas où le locuteur ne peut décider si, étant donné le sens que possède l'expression, celle-ci s'applique ou non (sans que cette impossibilité soit due à un manque de connaissance de la part du locuteur). Ainsi l'adjectif chauve est vague, car si dans certains cas il est clair si l'adjectif s'applique ou non, dans d'autres, le sens de l'adjectif ne permet pas de décider si telle personne, à laquelle il manque un certain nombre de cheveux, doit être dite chauve ou non. » (Nicolas, date indéterminée)

au diagnostic par des chercheurs faisant de lui un « trouble psychiatrique » ou une « pathologie du stress » que dans une utilisation pratique courante. La médicalisation pourrait s'avérer potentiellement néfaste lorsqu'on « diagnostique » un quelconque problème d'adaptation à l'extérieur d'une clinique. À ce titre, il faut juger problématiques les études réalisées hors-clinique sur une population chez qui une évaluation clinique en bonne et due forme n'a pas été réalisée a priori puisqu'elles évoquent le diagnostic pour un « problème d'adaptation » qui ne relève pas nécessairement de la pure détresse psychologique. Or, comme nous l'avons vu, la démarche consultative entreprise auprès d'un médecin représente un élément central dans la distinction entre une souffrance jugée « normale » et un diagnostic de TA.

Comme objet scientifique, le diagnostic du TA révèle surtout son ambiguïté dans le débat entourant l'aspect non spécifique de sa définition formelle. Au-delà des critiques dont fait l'objet cette définition, il est possible d'affirmer que le diagnostic est malgré tout doté d'une certaine spécificité en pratique clinique médicale et le champ de la santé mentale. Le TA est le diagnostic tout désigné du DSM pour identifier une détresse psychologique de nature anxiodépressive mineure et réactive qu'on ne pourrait qualifier de psychiatrique. Aucun autre diagnostic de la nosographie psychiatrique américaine que lui ne le fait aussi bien. Dans le cadre d'une pratique médicale contemporaine qui touche la santé mentale problématique, le diagnostic de TA occupe une position névralgique. Il est utilisé pour la quasi-totalité de ces problèmes de santé mentale rencontrés en clinique médicale qui touchent une telle sphère anxiodépressive mineure. Cette fonction spécifique du TA semble s'être imposée dès l'introduction du diagnostic sous sa « nouvelle » définition et dénomination dans le DSM-III.

Le TA s'avère même être le diagnostic d'un créneau phénoménologique spécifique : celui de la dépression mineure, réactive ou situationnelle. Bien que le diagnostic de trouble dysthymique puisse être perçu comme l'autre « dépression mineure » du DSM, sa définition « chronique » l'éloigne de ce syndrome dépressif réactif rencontrée en première ligne médicale. Une expérience en clinique médicale renseigne que le TA avec humeur dépressive est le diagnostic différentiel immédiat et usuel du diagnostic de dépression majeure. Au-delà des statistiques donnant une prévalence de 3% au trouble dysthymique dans la population

générale (Kessler et al., 1994; cité in Lalonde et al., 1999, p. 291), ce diagnostic est dans l'ensemble moins utilisé en première ligne médicale que celui de TA. Par son profil phénoménologique et sa prévalence clinique, le TA représente à toutes fins pratiques cette autre « dépression » courante, celle qui n'est pas « majeure », le diagnostic idéal-typique d'une « dépression mineure » dans le DSM. Ce créneau phénoménologique et diagnostique précis qu'on peut accorder au TA en clinique lui confère une forme de spécificité qui contredit de front la représentation scientifique admise dans la littérature d'un diagnostic non spécifique.

Par ailleurs, on peut également alléguer une spécificité descriptive relative par comparaison avec le groupe de diagnostics à problème et celui des troubles non spécifiés du DSM, ne comportent pas de définition phénoménologique comme telle. Aussi impressionniste puisse paraître son profil phénoménologique, le TA aurait le mérite d'en posséder, ce qui n'est pas le cas des deux autres catégories faisant figure de « titres » diagnostiques sans plus. La définition du TA permet quant à elle de spécifier la texture « syndromique », émotionnelle ou comportementale, de la détresse psychologique rencontrée. Aussi, contrairement à la définition plus ou moins « ouverte » du concept d'épuisement professionnel, celle du TA aurait le mérite d'être plus « stable ». Le statut institutionnel du DSM procure à la définition du TA un statut formel et consensuel indéniable. Au-delà de toutes les critiques dont elle est l'objet, elle apparaît globalement plus « spécifique » que celle de l'épuisement professionnel qui ne représente pas un diagnostic médical formel faut-il le rappeler. Aussi, le TA s'avère incidemment un des diagnostics cliniques privilégiés, voire le principal et le plus fréquemment utilisé, pour des cas d'épuisement professionnel. On ne peut donc pas être d'accord avec van der Klink et al. (2003, p. 479) qui allègue que les concepts, termes et diagnostics reliés aux problèmes de santé mentale au travail ne bénéficient d'aucun consensus. Contrairement à ces définitions plus ou moins floues qui caractérisent les neurasthénie, *nervous breakdown* et *burnout* qu'examinent ces auteurs, le TA n'est pas dépourvu de statut consensuel pour sa part.

Par comparaison avec d'autres diagnostics du DSM et concepts « psy » quasi-équivalents, le TA se révèle donc doté d'une certaine spécificité. On ne peut pas à tout le moins évoquer une

absence complète de spécificité. Celle-ci n'est pas aussi univoque qu'elle n'en paraît. La nécessité d'attribuer à la définition du TA une description phénoménologique plus précise en face du phénomène qu'il identifie s'avère donc relative. Plusieurs éléments laissent croire qu'une plus grande spécificité descriptive n'est pas particulièrement souhaitable pour une pratique clinique courante. Les balises explicites et implicites de la définition du TA donneraient suffisamment d'informations quant à la « couleur » de la détresse psychologique rencontrée. Bien qu'approximative, la spécification sous-typique indiquerait avec une précision relativement satisfaisante un profil phénoménologique. La grande variété combinatoire de signes et symptômes anxiodépressifs associés à une détresse psychologique réactive rend également hasardeuse toute tentative de rendre la définition du TA plus précise. Son profil phénoménologique jugé non spécifique aurait en soi une fonction spécifique en pratique clinique : l'inclusion d'un maximum de situations cliniques mettant en scène une détresse psychologique secondaire à un événement de vie stressant. L'aspect mineur et temporaire du TA réduit aussi la nécessité de décrire des signes et symptômes avec une haute précision. S'il s'avère utile et nécessaire d'identifier des signes et symptômes à connotation majeure, tels qu'une idéation suicidaire ou un délire paranoïde, par les conséquences potentiellement dangereuses que leur non identification peut entraîner ou encore pour une prise en charge thérapeutique spécifique, la situation ne s'applique pas au TA. La détresse psychologique associée à un événement de vie pénible, de nature circonstancielle et passagère, n'exige manifestement pas cette acuité descriptive chirurgicale dans une pratique clinique. En fait, il serait plus juste de dire que cette détresse psychologique réactive est tout aussi non spécifique que ne l'est son diagnostic formel.

À tout cela, on peut également rajouter un autre type de spécificité ayant trait au lieu où l'on utilise le TA. À l'intérieur du champ de la santé mentale, le TA est un objet appartenant quasi-exclusivement à la clinique médicale « psy ». En effet, tout indique que le diagnostic ne représente pas un modèle explicatif satisfaisant dans le champ clinique psychothérapeutique mais une simple étiquette diagnostique dont l'utilité est faible. On lui préférerait d'autres concepts explicatifs pour rendre compte des « problèmes » relatés par un client. Malgré le discours dominant de la psychiatrie dans le champ de la santé mentale (Rogers et Pilgrim, 2005, p. 2) et la recommandation du DSM à tous les travailleurs en santé mentale (APA,

2003), le TA n'a manifestement pas été adopté par ces autres disciplines reliées à la santé mentale. Le diagnostic est un objet clinique utile que pour une pratique médicale « psy ».

Comme on le voit, le TA s'avère à la fois non spécifique par comparaison avec les autres diagnostics du DSM et doté d'une certaine spécificité selon une plus large perspective. On ne peut rejeter ni l'une ni l'autre de ces deux perspectives épistémologiques. L'ambiguïté du TA se retrouve là encore : il est à la fois non spécifique et spécifique. Il serait suffisamment spécifique pour une pratique médicale courante mais insuffisamment spécifique pour les exigences de la recherche scientifique.

The issues of diagnostic rigor and clinical utility seem at odds for AD. Clinicians need a wild card, and field studies need to use reliable and valid instruments (eg, depression or anxiety rating scales, stress assessments, length of disability, treatment outcome, family patterns) to determine more exact specifications of the parameters of the diagnosis. (Strain et Diefenbaker, 2008, p. 128)

Cette observation est également celle de Laugharne (2008, p.51) qui constate : « This clinical utility [...] is in contrast to the requirements of any field study of the diagnosis that needs reliable and valid concepts of adjustment disorder and assessment instruments [...] ». Le milieu de la recherche ne juge visiblement pas le diagnostic aussi utile que le milieu de la clinique. La définition du TA pose d'importants problèmes d'opérationnalisation pour la recherche clinique qui contrastent incidemment avec les rares problèmes apparents engendrés par l'utilisation du diagnostic en pratique clinique. Tout le questionnement théorique que suscite le TA, et la suspicion à son égard par extension, appartient au théoricien davantage qu'au clinicien. Cet écart entre les exigences d'une pratique clinique et celles d'une recherche clinique autour du TA illustre comment cette « spécificité » est en elle-même le lieu d'une tension symbolique. Le diagnostic représente en soi un champ scientifique où un rapport de forces s'exerce entre pratique et théorie (Bourdieu, 1997, p. 16).

La construction scientifique du TA répond directement d'une pratique clinique. La science clinique à l'origine de sa définition a très peu à voir avec la recherche dite clinique. La littérature nous montre que la définition du TA est le lieu d'un grand effort d'adéquation entre un phénomène psychologique observé en clinique et un concept diagnostique l'identifiant

avec la plus grande justesse possible à l'intérieur d'un paradigme nosographique et dans le cadre d'une pratique médicale. On constate un souci réel chez les concepteurs du TA quant à une justesse sémantique et une utilité pratique. Le TA s'avère ainsi un diagnostic conçu par la clinique médicale « psy » et pour cette même clinique. Il n'est pas tant un diagnostic qui décrit un problème de santé mentale mais un diagnostic qui s'utilise dans une clinique médicale « psy ». Cette utilité clinique pleinement reconnue occupe une place importante dans sa définition car c'est elle qui lui permet vraisemblablement de demeurer dans le DSM sous sa forme actuelle. Le TA représente un bon diagnostic de travail par une qualité centrale : sa capacité d'indiquer la présence d'une détresse psychologique suffisamment importante pour mériter une attention clinique sans pour autant être doté d'une étiquette péjorative. Dans certaines situations cliniques, il permet aussi à un patient de recevoir certains soins « psy » auxquels il pourrait ne pas avoir droit autrement en vertu de règles administratives par exemple, notamment dans des cas de problème de consommation. Il permettrait aussi au médecin d'être rémunéré pour son travail lorsqu'il est question d'une détresse psychologique potentiellement « normale ». L'emploi du diagnostic aurait une valeur instrumentale à titre de stratégie administrative et professionnelle pour un nombre non négligeable de cas cliniques, faisant acte de « practical-decision-making diagnosis » (Kendell, 1975, p. 69). Ainsi, le TA ne sert pas tant à décrire une phénoménologie particulière qu'il ne sert au travail du clinicien en pratique médicale courante. L'importance de cette fonction praxéologique en face d'une fonction descriptive fait du TA un diagnostic médical singulier.

Les problèmes que sa définition pose pour une recherche scientifique représentent un « effet secondaire » de la rigueur d'une science clinique. La volonté de doter le TA d'une identité plus spécifique, « its own psychopathological entity » comme le propose Maercker (2007), s'avère une entreprise risquée d'un point de vue clinique. En rendant le diagnostic encore plus « spécifique » pour les besoins de la recherche, on pourrait réduire indirectement sa pertinence clinique en lui faisant perdre toute la richesse de son concept. Cependant, tout indique que la place centrale qu'occupe le TA dans le DSM et dans une pratique clinique imprime une forme de résistance à tout changement trop drastique à sa définition formelle. Dans le rapport de forces qui s'exerce entre clinique et recherche, la première semble avoir le

dernier mot car le TA est d'abord et avant tout destiné à un esprit clinique dont le « but n'est pas le savoir mais l'action » (Freidson, 1984, p. 177) c'est à dire aider un patient. La construction scientifique sous-jacente au diagnostic cherche une justesse praxéologique autant sinon plus qu'une justesse descriptive.

Alors que le flou de sa définition peut donner l'impression d'un échec théorique, son utilité clinique reconnue fait paradoxalement croire à un succès théorique. Le mérite de la science clinique ayant conçu et façonné la définition du TA aux besoins d'une pratique clinique courante serait justement de « tolérer » ce flou qui lui est propre. Le diagnostic aurait cette qualité discrète de reconnaître l'irréductibilité d'une souffrance humaine à un diagnostic et par extension de reconnaître les limites de la science nosographique du DSM :

There may well be a latent genius in these labels, for professionals, for laypersons and for society, because they represent psychiatry's recognition of the existential limits and uncertainties of living. Beware a Trojan horse, however; these categories, if widely used, could medicalise most of life. (Kleinman, 2008; cité in Casey, 2009, p. 931).

Cela dit, ce n'est pas l'utilisation pratique du TA du clinicien au jour le jour qui cause problème mais bien l'utilisation globale du diagnostic par le corps médical « psy ». À titre de diagnostic fourre-tout, semblable à celui d'une fièvre d'origine indéterminée dans le champ de la maladie physique (Katzman et al., 2009), le TA serait un diagnostic « trop » utilisé. Une fréquence d'utilisation aussi importante pour un tel diagnostic fourre-tout serait en partie à l'origine de la méfiance à son égard. Ici, ce n'est pas tant le milieu de la recherche qui serait mal à l'aise avec le TA que toute l'institution médicale et psychiatrique. On ne s'attendrait pas à une telle prévalence pour un diagnostic au statut fourre-tout reconnu. Cette situation pourrait aussi contribuer à rendre souhaitable aux yeux de certains experts une redéfinition plus spécifique du TA. Son statut de diagnostic d'exclusion fait également de lui un diagnostic qu'on ne peut utiliser de façon « isolée » c'est à dire sans référence directe à d'autres diagnostics psychiatriques faisant office de balises phénoménologiques. Cette position subordonnée qu'on lui reconnaît aux autres diagnostics spécifiques du DSM ne relève pas tant de son statut mineur ou subsyndromique que de son statut de diagnostic d'exclusion. Le TA ne peut s'utiliser qu'en relation avec ces diagnostics dits majeurs qui

déterminent indirectement sa phénoménologie. On ne peut non plus l'utiliser à l'extérieur d'une clinique pour une quelconque détresse psychologique sans lui faire perdre de sa pertinence. Si les diagnostics psychiatriques possèdent globalement moins de signes et symptômes spécifiques que les autres diagnostics médicaux (Hardy-Baylé, 2005, p.13), le TA en est moins pourvu que les autres. L'élément le plus « distinctif » du TA que représente le « stresser identifiable » est en rien spécifique au diagnostic puisqu'on le retrouve dans la majorité des épisodes dits psychiatriques. Ainsi, malgré ce qu'attestent plusieurs études « confirmant » une autonomie diagnostique, il faut relativiser une telle autonomie puisque sur un plan descriptif et clinique, le TA ne peut s'utiliser seul. Ce que l'on entend par « non spécifique » relève tout autant de ce statut de diagnostic d'exclusion singulier.

La cause de la petite production scientifique sur le TA peut difficilement se réduire qu'au statut non spécifique de sa définition. Si le profil phénoménologique mal spécifié du TA peut engendrer des difficultés méthodologiques en recherche clinique, les raisons premières du faible nombre d'études sur le diagnostic relèvent davantage de sa nature ontologique ambiguë que de sa définition formelle non spécifique. Ainsi, on peut imaginer que pour tout le champ de la recherche scientifique en santé mentale, allant de la neurobiologie à la psychologie sociale, le diagnostic s'avère un objet scientifique d'allure problématique. En amont des problèmes méthodologiques inhérents à la recherche clinique sur le TA, on peut évoquer un premier et fondamental questionnement « ontologique » pouvant rebuter quelque chercheur potentiel à se lancer dans son étude. La nature du diagnostic suscite un questionnement ontologique qui interfère avec un processus « normal » d'une recherche scientifique. Ce n'est pas tant le médecin, psychologue ou sociologue qui hésiterait à « plonger » dans l'étude du TA mais le chercheur scientifique en eux. La méfiance à l'égard du TA est aussi celle d'une éthique scientifique, le scepticisme organisé, qui pousse un chercheur à l'examen critique de toute connaissance (Merton, 1942; cité in Martin, 2000, p. 27). L'hétérogénéité de la représentation scientifique du TA oblige un chercheur à « trancher » en faveur d'une représentation au détriment d'une autre. Il faudra choisir entre un statut de catégorie diagnostique et un statut de concept diagnostique, entre un statut psychopathologique univoque et un statut intermédiaire vis à vis une souffrance normale, entre une détresse psychologique générique et une dépression mineure officielle, etc. Or, l'ambiguïté

ontologique du diagnostic rend difficile un tel choix car le TA apparaît revêtir les deux éléments de ces multiples dualités selon l'utilisation clinique qui en est fait. Parmi tous les diagnostics du DSM, on préférera bien davantage étudier ceux dont la définition comporte un profil phénoménologique spécifié, dont la représentation scientifique est stable et le statut psychopathologique peu équivoque. Si on s'intéresse aux syndromes dépressif, anxieux ou post-traumatique, l'ambiguïté du TA le décline en face des diagnostics spécifiques de dépression majeure, troubles anxieux primaires et TSPT.

Notons aussi que le flou entourant le concept du TA a un impact sur les frontières qu'on attribue au champ littéraire scientifique du TA. En effet, bien que les études sur le TA aient continuellement recours à une littérature « connexe », par exemple celle qui aborde un spectre dépressif ou encore l'épuisement professionnel, les chercheurs restreignent le champ littéraire scientifique du TA à celle qui aborde spécifiquement et nommément le diagnostic. Ce travail ne déroge pas à la règle. Or, il y a lieu de se demander si le champ littéraire scientifique du TA peut être réduit qu'à cette littérature qui aborde que le « TA ». Cette interrogation prend toute sa pertinence quand vient le temps de donner une valeur ou un sens à la quantité d'études publiées sur le TA et de répondre incidemment au questionnement qui est à l'origine de notre étude. Y aurait-il une part d'épiphénomène dans ce fait scientifique que représente cette faible littérature scientifique ? Tout indique que le flou du diagnostic est indirectement à l'origine de ce choix épistémologique. Inclure toute la littérature scientifique « connexe », c'est à dire celle qui traite du phénomène psychologique identifiée par le TA, des situations « psychosociales » associées pourrait lui faire perdre de sa pertinence scientifique. Cette délimitation arbitraire du champ littéraire du TA nous montre incidemment qu'il faut relativiser la « faible » littérature identifiée pour le TA.

7.2 Un objet d'étude évanescent

Dans le champ médical et psychiatrique, la faible recherche sur le diagnostic semble découler en partie de l'absence relative de connaissances déficientes. Bien que le TA suscite un grand nombre de questions théoriques, on ne peut pas parler de véritables lacunes en connaissances cliniques le concernant. Du moins, elles ne paraissent pas aussi significatives que celles qu'on

pourrait établir dans d'autres troubles psychiatriques par l'aspect mineur du TA. Même ces lacunes en connaissances théoriques qu'on identifie à des rares reprises (Casey, 2009, p. 928) semblent avoir une pertinence relative sinon faible. Deux champs d'investigations habituellement féconds pour tout trouble psychiatrique, le champ thérapeutique et le champ étiologique, se font relativement absents dans le cas du TA.

D'abord, l'approche thérapeutique du TA est relativement simple et circonscrite. Celui-ci ne suscite guère quelque « noble » motivation à trouver un « remède-miracle ». Encore ici, l'évocation d'une faible littérature scientifique sur le traitement du TA est rarement, voire pratiquement jamais, accompagnée de précisions quant au déficit en connaissances. Les tenants et aboutissants du « traitement » du TA ne sont pas l'objet d'une interrogation particulière. La résolution spontanée du TA, que celle-ci soit ou non facilitée par une intervention psychothérapeutique, représente également un obstacle de taille à la recherche puisqu'elle met en doute tout résultat positif qui émane d'une étude dite thérapeutique.

L'absence d'une approche thérapeutique standardisée dans le cas du TA n'est pas globalement problématique. Les rares allusions à cette situation « marginale » ne sont jamais qu'évoquées au passage et ne sont pas accompagnées d'appel pour y remédier. Cette situation permet incidemment une souplesse dans le choix d'une avenue thérapeutique « personnalisée » qui correspond aux besoins d'un patient rencontré. Le cas par cas clinique semble « acceptable » dans l'approche thérapeutique à adopter pour le TA. Même le questionnement théorique entourant l'utilisation de l'antidépresseur pour le TA avec humeur dépressive engendre peu d'études à cet égard. Le cas par cas clinique apporterait les réponses nécessaires à l'emploi ou non de l'antidépresseur pour une telle « dépression mineure ». Rien n'interdirait un essai thérapeutique avec un antidépresseur dans les cas cliniques où un doute apparaît quant à l'intensité des signes et symptômes dépressifs. Le flou de l'interface phénoménologique entre la DM et le TA autoriserait « officieusement » une telle pratique tout comme l'absence de lignes directives thérapeutiques. On ne constate d'ailleurs aucune « urgence » dans l'institution psychiatrique à établir des lignes thérapeutiques directrices pour le TA.

La dimension étiologique du TA représente encore moins un champ d'étude intéressant. Le

stresseur « étiologique » fixé et imbriqué dans sa définition freine d'emblée toute recherche de nature étiologique. Contrairement au profil phénoménologique non spécifique, ce « stresseur identifiable » est moins objet de critique chez les chercheurs. Tout le terrain prédisposant au développement d'un TA, qu'on peut associer au champ d'étude étiologique plus largement, se dérobe également à la recherche. Le « psychologique » et le « social » sont relativement peu explicatifs d'un TA sur un plan étiologique. Le caractère plutôt circonstanciel de la détresse psychologique associée au diagnostic évacue l'importance à donner à quelque prédisposition psychologique ou théorie psychologique explicative. Les stressseurs psychosociaux quant à eux ne se prêtent pas véritablement à quelque étude sociologique.

Pour le milieu de la recherche psychiatrique, le TA représente un objet d'étude très peu prioritaire. La qualité mineure du TA ainsi que l'approche thérapeutique minimale qui le caractérise fait en sorte qu'il passe bien après ces schizophrénie, maladie bipolaire et dépression majeure pour la recherche psychiatrique. L'importance qu'occupe la recherche biologique en psychiatrie de nos jours rend incidemment le TA peu intéressant comme objet d'étude général pour la discipline. De plus, le traitement pharmaceutique du TA se limitant à un anxiolytique de courte durée éloigne aussi le diagnostic de tout le champ de recherche pharmacothérapeutique. Il n'incite guère non plus quelque appui financier de l'industrie pharmaceutique dans la recherche sur le TA de façon générale. Celle-ci préférera investir dans l'étude de troubles psychiatriques majeurs dont la pharmacothérapie occupe une place plus importante et qui n'est pas remise en question. On peut imaginer aussi que la possibilité de médicaliser, ou même psychiatiser, involontairement une condition « psy » proche d'une « normalité » est susceptible de faire hésiter quelque psychiatre-chercheur doté d'une certaine éthique professionnelle à se lancer dans l'étude du TA.

Dans l'institution médicale et psychiatrique, l'objet d'étude que représente le TA se prête mal à l'accumulation d'un capital scientifique (Bourdieu, 1997, p. 29). Les possibilités de « découvertes » potentiellement intéressantes sur le TA sont plutôt faibles comparativement à d'autres maladies dont l'étiologie demeure floue et le traitement jugé partiellement efficace. Un chercheur-psychiatre préoccupé par l'avancement d'une carrière de recherche préférera

incidemment d'autres diagnostics du DSM et troubles mentaux. Le statut non psychiatrique du noyau phénoménologique du TA peut également « recommander » à un chercheur-psychiatre de délaissier le TA à une autre discipline scientifique « psy » devant un risque involontaire de psychiatriser ce qui ne mérite pas de l'être. Ainsi vu, le TA représente globalement un objet d'étude « étranger » à tout le champ de recherche psychiatrique. Il ne peut qu'être le parent pauvre de la recherche en psychiatrie dans le milieu institutionnel. Il n'est donc pas surprenant de constater un désintérêt du milieu de la recherche psychiatrique pour le TA.

Paradoxalement, c'est la psychiatrie qui représente la discipline scientifique la plus apte à étudier le TA. Non seulement elle lui donne sa définition formelle mais c'est également elle, en sa qualité de spécialité médicale experte du « psy », qui peut rendre compte le mieux du statut équivoque du diagnostic. Ce n'est pas un hasard si toute la littérature scientifique abordant le TA ainsi que toute la connaissance accumulée à son égard proviennent du champ de la psychiatrie. Cela dit, cette domination symbolique ne s'affirme que par l'absence relative d'autres disciplines scientifiques reliées à la santé mentale telles que la psychologie et la sociologie. Le champ de recherche « psy » non médical s'intéresse peu au TA.

La cause de cette faible attention portée au TA par le « psy » non médical ne serait pas qu'imputable à la seule « identité » médicale du diagnostic. Si on est en droit de s'attendre à une familiarité moindre de la psychologie et de la sociologie pour un objet scientifique conçu pour et par une clinique médicale, les diagnostics du DSM ne sont en rien des objets d'étude réservés au milieu de la recherche psychiatrique. La présence d'études émanant de disciplines non médicales dans la littérature le confirme. Tout indique que le champ de recherche relié à la santé mentale non médical n'a pas adopté lui non plus le TA comme objet d'étude. Si la cause précise de ce désintérêt dépasse le cadre de notre investigation, il semble qu'elle relève au moins partiellement de la nature singulière du TA. Au-delà de sa simplicité apparente, le concept diagnostique du TA est relativement complexe. Son statut de diagnostic d'exclusion fait en sorte qu'une connaissance minimale des diagnostics du DSM évoqués dans sa définition nosographique est nécessaire. On ne connaîtra vraiment le profil phénoménologique du TA, ou encore l'intensité de la détresse psychologique associée, qu'en

connaissant celle qui caractérise les diagnostics psychiatriques adjacents et qui la balisent ontologiquement. La fine complexité de la définition du TA exige une familiarité relative du DSM et de ses tenants et aboutissants. L'utilisation singulière qu'on fait du diagnostic rend nécessaire également une certaine connaissance des réalités qui composent une clinique médicale contemporaine. L'ambiguïté qui entourent la définition du TA ne prennent tout leur « sens » qu'à l'intérieur d'une clinique médicale et d'un paradigme nosographique desquels le diagnostic est issu et dans lesquels il est imbriqué. Ainsi, un savoir tacite du DSM et d'une pratique médicale est implicitement sollicité dans l'étude du TA. Ce savoir tacite exigé dépasse cette « suite limitée d'instructions ou d'informations simples et non équivoques » (Martin, 2000, p. 87) qu'on pourrait acquérir en lisant un article de revue médical sur le TA. La nature instable du diagnostic rend ce savoir tacite relativement indispensable si une rigueur scientifique est désirée et souhaitable. Or, l'acquisition d'un tel savoir tacite par un chercheur non familier avec le TA, qu'il se fasse par un approfondissement théorique ou une exposition clinique, représente possiblement un investissement symbolique trop élevé pour un capital scientifique envisagé. Des notions telles que la dépression, l'anxiété ou le stress se révéleraient plus accessibles pour ces disciplines non médicales puisque non soumises a priori aux paradigmes nosographique et clinique. Cela dit, à voir comment certains chercheurs médecins prêtent la dénomination générique de « trouble psychiatrique » au TA sans aucune forme de nuance, il y a lieu de se demander si un savoir tacite du DSM et d'une clinique médicale est suffisant.

Ainsi, tout le champ de recherche scientifique de la santé mentale, qu'il soit médical ou non, n'est réellement susceptible de prendre le TA pour objet d'étude. Par sa nature même, le diagnostic se dérobe à ces deux grands champs scientifiques et « tombe entre deux chaises » pour reprendre une expression administrative parfois utilisée dans le milieu médical. La petite production scientifique affecte en retour la visibilité du TA dans tout le champ de la recherche scientifique « psy ». À la manière d'un cercle vicieux, le TA est d'autant moins un objet d'étude intéressant qu'il suscite peu d'intérêt dans le milieu de la recherche scientifique en santé mentale. Un regard sociologique et un discours critique dans le champ de la santé mentale aborde peu le TA. Les rares ouvrages qui se penchent sur le diagnostic lui accordent qu'une très faible attention toutes proportions gardées. C'est le cas de celui de Horwitz et

Wakefield (2007) qui examine comment la psychiatrie à « transformer » une tristesse normale en trouble dépressif. À peine quelques pages (quatre pour être précis) lui sont accordés sur plus de trois cent ayant trait à la dépression. Or, non seulement le TA occupe une place relativement importante dans le phénomène dépressif à titre de « dépression mineure » prévalente mais le diagnostic en soi se prête bien au questionnement sociologique par l'entremise des notions de médicalisation, d'adaptation, du normal et du pathologique, etc. Des ouvrages critiques à l'égard de l'utilisation d'antidépresseurs et de l'influence exercée par une industrie pharmaceutique sur une pratique médicale (Pignarre, 2001; Healy, 2003) ne mentionnent pas le diagnostic de TA. Cette idée plus ou moins reçue voulant que le clinicien prescrive « excessivement » des antidépresseurs est plutôt contredite par la fréquence avec laquelle on pose le TA, un diagnostic qui ne mérite pas formellement de pharmacothérapie antidépressive faut-il le rappeler.

7.3 Un sujet socialement adapté

La faible attention portée au TA dans le milieu scientifique de la santé mentale pourrait aussi découler de la faible attention que lui porte toute la société contemporaine par l'entremise d'une interaction bidirectionnelle. Ce qui n'intéresse pas une société contemporaine, pour quelque raison que ce soit, est moins susceptible d'intéresser une science par réciprocité interactive. Bien que cet aspect de l'influence exercée par la société sur la recherche scientifique menée sur le TA dépasse l'objet de notre recherche, le silence entourant le diagnostic dans un espace public questionne tout autant. Par sa prévalence clinique élevée et la place particulière qu'il occupe dans la dépression à titre de phénomène social à titre de diagnostic clinique officieux de « dépression mineure » et-ou d'« épuisement professionnel », on s'attendrait de bon droit à entendre parler davantage de lui. Le diagnostic ne fait manifestement pas partie d'un discours social ne remplissant pas les conditions d'existence d'un objet de représentation sociale (Flament et Rouquette, 2003, p. 32)²³. Bien que le TA représente un objet clinique utilisé couramment, il est doté d'une invisibilité sociale

²³ “ [...] une représentation sociale est un ensemble de connaissances, d'attitudes et de croyances concernant un “objet” donné. Elle comprend en effet des savoirs, des prises de position, des applications de valeurs, des prescriptions normatives, etc.” (ibid., p. 13)

en ce qu'il « ne participe pas à la vie publique » (Le Blanc, 2009, p. 1)²⁴ et qui contraste d'autant plus avec la grande diffusion de la notion d'adaptation dans plusieurs domaines qu'on peut noter depuis une trentaine d'années (Otero, 2000; cité in Otero, 2006). Comment expliquer une telle invisibilité sociale ? Faut-il y voir une conséquence attendue de l'invisibilité relative du diagnostic dans tout le champ de la santé mentale ? Doit-on « incriminer » l'ambiguïté du TA ou encore la grande popularité de concepts moins équivoques comme la dépression et l'épuisement professionnel dans l'occultation sociale dont semble être « victime » le TA ? Toujours est-il que cette invisibilité sociale ne semble pas a priori problématique. Si la littérature scientifique montre que plusieurs auteurs en appellent à une plus attention portée au TA dans le milieu de la recherche scientifique, aucun ne déplore d'une manière ou d'une autre cette invisibilité du diagnostic dans un espace public. Notons aussi qu'aucun effort apparent ne semble être déployé par les autorités de la santé publique de façon générale pour faire connaître le diagnostic dans la population générale contrairement à la dépression ayant fait l'objet de plusieurs campagnes de sensibilisation dans les dernières années.

Tout indique que l'invisibilité sociale du TA et la méconnaissance relative dont il est l'objet seraient globalement profitables au diagnostic puisqu'ils limiteraient possiblement une forme de médicalisation d'une souffrance potentiellement normale, sinon de l'existence tout court. Autant le champ médical que l'institution psychiatrique n'ont avantage à faire connaître le TA dans un espace public d'autant plus qu'il ne représente pas une « vraie » maladie. Ce silence entretiendrait aussi indirectement le statut non péjoratif que certains lui accordent. On peut imaginer qu'une plus grande médiatisation du TA l'associerait plus facilement à un problème de santé mentale aux yeux d'un large public et lui accolerait peut-être davantage cette étiquette « psychiatrique ».

Le risque combiné de médicaliser ce qui ne mérite pas de l'être, de nuire indirectement au statut non péjoratif du TA et de devoir rendre compte d'une pratique médicale aux modalités complexes n'incite guère à « ébruiter » l'existence d'un tel diagnostic. Les experts du « psy »,

²⁴ Si le concept d'invisibilité sociale que développe Le Blanc a trait à l'individu, il nous semble tout autant applicable à un concept ou un objet dans un espace public.

psychiatres et psychologues en tête, seraient inconfortables à parler ouvertement du TA dans un espace public dans la mesure où un discours est susceptible en soi d'entraîner plus de méfaits symboliques que de bienfaits. Comment évoquer par exemple un statut officieux de « dépression mineure » sans engendrer plus de confusion autour de la définition de la « dépression » ? Il serait difficile de discourir sur le TA dans un espace public sans que ne lui soit associé immédiatement un « problème d'adaptation » qu'il ne représente pas tout à fait. La dénomination même du diagnostic serait ainsi problématique à sa diffusion hors-clinique. On peut spéculer que le milieu de la santé mentale se garderait de discourir du TA hors-clinique devant le risque d'une dénaturation néfaste du concept diagnostique en lui-même.

De plus, le silence autour du TA s'avère vraisemblablement souhaitable pour une pratique clinique médicale. Au-delà du caractère discutable de l'utilisation singulière du diagnostic à des fins professionnelles ou stratégiques dans l'approche thérapeutique, l'utilité clinique du TA serait attribuable en partie à ce silence :

Clearly one effect of this professional silence on the subject is to preserve the ambiguities that render the diagnosis so potent, so useful in serving the non-clinical as well as the clinical ends of health care practice. (Pollock, 1992, p. 29)

Si le TA sort mal d'un champ clinique médical c'est aussi parce qu'un clinicien hésite à divulguer le diagnostic au patient. Comme Pollock (1992) l'a démontré, les psychiatres et le personnel soignant sur une unité médicale et chirurgicale hésitent à évoquer un « trouble d'adaptation » auprès d'un patient lorsqu'ils posent le diagnostic. D'autres expressions et modèles explicatifs sont utilisés pour rendre compte à celui-ci de la détresse qu'il vit. Cette observation faite en contexte hospitalier est généralisable à l'ensemble de la première ligne médicale comme l'apprendra une expérience en travail clinique médical. Le diagnostic de TA n'apparaît pas être aussi divulgué qu'un autre diagnostic médical lors d'une consultation médicale. Tout porte à croire que les cliniciens lui préfèrent souvent d'autres « diagnostics » explicatifs équivalents tels que « dépression situationnelle » ou « dépression mineure », etc. Même si l'épuisement professionnel ne représente pas un diagnostic médical formel, son concept apparaît tout aussi pertinent sinon plus que le TA en clinique comme en fait foi la présence d'un article abordant le thème et dont l'auteur est médecin clinicien (Vézina, 2003).

Cette réserve du clinicien face à la divulgation nominative du diagnostic auprès d'un patient est à rapprocher de celle qu'on observe dans le cabinet d'un psychologue où le TA prend la figure que d'une simple étiquette diagnostique. Si un travail psychothérapeutique peut se passer facilement d'un tel diagnostic dans l'exploration d'un vécu émotif et cognitif, cette hésitation du médecin clinicien interpelle directement une des fonctions du diagnostic médical qui est de transmettre de l'information au patient à propos d'un problème de santé. L'utilité clinique qu'on reconnaît au TA ne concerne visiblement pas une relation d'aide mais un travail professionnel. Tout indique qu'aux yeux du médecin, l'individu se voyant apposer un diagnostic de TA tirerait peu de bénéfice à prendre connaissance du diagnostic formel issu du DSM. Il n'y aurait pas de réelle portée explicative ou informative pour un patient dans le diagnostic de TA .

Cette réserve dans la divulgation du diagnostic auprès d'un patient apparaît justifiée à plusieurs égards. Le TA ne représente en rien un trouble d'adaptabilité si par ce terme on entend un trouble chronique à s'adapter à toute situation nouvelle. Au noyau phénoménologique du diagnostic est associée une détresse psychologique circonstancielle secondaire à un événement de vie ponctuel même quand les répercussions de celui-ci s'opèrent sur une longue durée. Le diagnostic ne concerne qu'une situation problématique isolée dans le temps même quand plusieurs stressors sont identifiables dans la vie de l'individu. Il n'y a pas d'inadaptation généralisée chez l'individu recevant un diagnostic de TA. Celui-ci est généralement bien-portant ou en bonne santé mentale si par cette expression l'absence de franche psychopathologie. Peut-être est-il plus « névrosé » qu'une moyenne mais ce tempérament psychologique s'avère à la fois nébuleux et peu pertinent en pratique clinique courante. Ainsi, le TA se distingue clairement de ces diagnostics de trouble de personnalité chez l'adulte et de trouble oppositionnel chez l'enfant pour lesquels on peut évoquer, si une telle chose est permise, quelque problème d'adaptabilité au long cours. Contrairement à ces deux diagnostics, le TA n'identifie pas un pattern comportemental ou émotif problématique qui dure dans le temps. L'approche thérapeutique du TA doit également être dissociée de cette « réadaptation » qu'on préconise dans un plan de traitement pour d'autres troubles psychiatriques sévères tels que la schizophrénie (Lalonde et al., 1999, p. 278).

Qui plus est, l'association étroite qu'on fait entre un « problème d'adaptation » et le diagnostic est discutable. Si on accorde de l'importance à la démarche consultative entreprise par un individu à titre d'élément central du TA, on pourrait associer au diagnostic autant un processus d'adaptation en cours qu'un problème d'adaptation souffrant. La demande d'aide auprès d'un professionnel de la santé représente à tout le moins une volonté d'adaptation indéniable à une situation jugée difficile. Elle traduit tout autant une forme d'autocritique devant un « problème » actuel qu'une capacité de recourir à l'aide et conseils d'autrui. Au-delà d'une souffrance manifeste, cette démarche consultative laisse voir un signe de santé selon la définition que donne de la santé le penseur Dubos : « Un état, ou une condition, qui rend la personne capable de s'adapter à son environnement. L'état de santé atteint dépend de l'aptitude de l'organisme à réagir, s'accommoder et s'adapter aux divers stress et tensions externes qui se présentent ». On peut se demander ainsi lequel de deux individus expérimentant un événement pénible semblable et montrant une détresse psychologique équivalente éprouve le plus un « trouble d'adaptation » : celui qui consulte une clinique médicale pour s'aider lui-même ou celui qui préfère ne pas consulter pour quelque raison que ce soit ? Cette mise en situation laisse voir toute l'ambiguïté du TA qui identifie un « trouble d'adaptation » là où peut tout autant évoquer un processus d'adaptation en cours. La notion d'adaptation est dynamique comme le rappelle Ronson (2003) et même systémique comme l'aborde un traité sociologique (Taché, 2003) sur la question. Selon une perspective plus large, cette démarche consultative auprès de la médecine laisse également voir une forme d'adaptation sociale. En cette ère de la médicalisation (Aïach et Delanoe, 1999), l'individu qui consulte une clinique médicale pour quelque « dépression » obéit aussi à cette bienveillante exhortation d'un discours social invitant un citoyen à consulter un médecin en pareille situation. Ainsi, il est possible d'affirmer que l'individu qui consulte la médecine pour une détresse psychologique circonstancielle est aussi un sujet socialement adapté contredisant là encore ce que prétend identifier le diagnostic.

La suspicion du clinicien à l'égard du diagnostic, qu'on peut établir dans son hésitation à évoquer le diagnostic auprès du patient, n'est pas celle du théoricien ou du chercheur. Elle concerne un réductionnisme diagnostique et non le statut non spécifique de sa définition. Le

clinicien reconnaîtrait la relativité d'un tel « trouble d'adaptation » chez un patient rencontré. Son hésitation à divulguer le diagnostic pourrait être perçu comme un souci de ne pas interférer avec un processus d'adaptation manifestement en cours avec une étiquette diagnostique incongrue. Le clinicien saurait mieux que le théoricien à quel point plusieurs facteurs extérieurs au « traitement » médical contribuent à la résolution spontanée de la détresse psychologique associée au TA si ce n'est pas ce « temps qui fait bien les choses ». La faible attention scientifique accordée au TA est aussi cette faible attention que porte un clinicien à une étiquette diagnostique ambiguë. Si le diagnostic est utile pour un travail professionnel, il l'est moins pour un patient. Cette réserve comme ce diagnostic répondent d'une même devise médicale : « être utile, ou du moins ne pas nuire ».

CONCLUSION

L'objectif premier de notre étude fut de mieux comprendre les raisons sous-jacentes à la faible attention scientifique portée au TA un diagnostic fréquemment posé en clinique médicale contemporaine. Pour ce faire, nous avons procédé à une analyse de contenu thématique de la littérature scientifique abordant spécifiquement le TA. Notre corpus de cent quinze textes ayant l'expression « trouble d'adaptation » dans le titre de l'étude a fait l'objet d'un examen approfondi en lien avec notre question de recherche. À l'aide de catégorisations des textes scientifiques et après avoir identifié les principales dimensions substantives au diagnostic, nous avons pu dégager les principaux attributs du TA permettant d'expliquer cette faible attention scientifique.

Notre étude laisse voir que l'explication généralement admise dans le milieu de la recherche scientifique pour rendre compte de ce phénomène s'avère insuffisante. La cause sous-jacente à cette faible attention scientifique portée au diagnostic est multifactorielle et dépasse de loin la simple définition non spécifique qu'en donne la nomenclature des troubles mentaux de laquelle il est issu. Pour bien comprendre le phénomène épistémologique que représente cette faible attention scientifique, il nous faut tenir compte de la place singulière que le diagnostic occupe à la fois dans le champ nosographique du DSM, à l'intérieur d'une clinique médicale et à l'orée d'une société contemporaine.

Dans un premier temps, notre analyse laisse voir que l'ampleur de l'écart quantitatif entre la littérature scientifique attendue et celle qu'on observe doit être relativisée selon deux perspectives. Premièrement, cette littérature n'est petite que relativement à celle qui caractérise les autres diagnostics psychiatriques du DSM telle que la dépression majeure. Or, cette comparaison est en soi sujette à questionnement puisque, comme nous l'avons vu, le TA n'est pas un trouble psychiatrique à proprement parler. Si on s'autorise une telle comparaison c'est uniquement en vertu de son origine « psychiatrique » et sa prévalence clinique

comparable. Ce corpus littéraire s'avère quantitativement plus important que celui qui traite des diagnostics à problème. Deuxièmement, la délimitation faite du champ littéraire scientifique du TA, celle qui lui attribue les seuls textes abordant nommément l'entité diagnostique, apparaît relativement arbitraire. Nous serions autorisés d'y inclure toute une littérature scientifique qu'on peut qualifier de connexe, notamment celle qui traite de la « dépression mineure » ou de la détresse psychologique reliée à des événements de vie pénibles. Le champ littéraire attribué au TA pourrait ainsi être perçu comme beaucoup plus vaste qu'on ne l'identifie habituellement relativisant du même coup sa petitesse.

Cela dit, le diagnostic de TA est malgré tout l'objet d'une petite production scientifique. Compte tenu de sa prévalence clinique élevée, on s'attendrait de bon droit à voir une littérature plus abondante pour une entité diagnostique utilisée aussi fréquemment. Notre étude montre que cette recherche limitée sur le TA résulte, au-delà d'une définition formelle jugée non spécifique, de sa nature ontologique ambiguë. Le diagnostic est le fruit d'une conceptualisation soucieuse de le rendre utile pour une clinique médicale courante. En face du phénomène qu'il prétend identifier et du paradigme nosographique dans lequel il s'imbrique, ainsi qu'à l'intérieur d'une pratique médicale courante, il est possible d'identifier une spécificité relative, suffisante et optimale au diagnostic. L'utilité clinique qu'on reconnaît au TA dans un travail médical engendre incidemment une forme de résistance à toute redéfinition en profondeur du diagnostic ou de son concept. Il ne semble pas y avoir de réel avantage significatif à voir une quelconque modification, aussi mineure soit-elle, à la définition actuelle du TA. Malgré les imperfections de cette définition, celles-ci ne nuisent pas globalement à un travail professionnel, à un patient et à une population générale. Le bénéfice d'une plus grande précision descriptive que pourraient lui fournir les modifications envisagées apparaît discutable selon une perspective clinique ayant façonné directement cette définition.

Bien que défini par la psychiatrie, le TA ne représente pas véritablement un objet d'étude pour la psychiatrie. La résolution spontanée qu'on lui reconnaît fait de lui l'un des plus mineurs de ces diagnostics du DSM. La détresse psychologique qu'on lui associe est grossièrement située entre une souffrance normale et une franche psychopathologie et peut difficilement être

qualifiée d'intensité « psychiatrique ». De plus, la pharmacothérapie minimale qu'on préconise dans le traitement du TA, l'étiologie fixée de sa définition formelle et l'absence de substrat biologique font de lui un objet d'étude peu attrayant pour tout le milieu de la recherche psychiatrique. Le risque d'une médicalisation néfaste de quelque « problème d'adaptation » ou d'une souffrance « normale » pourrait aussi contribuer à rebuter quelque chercheur en santé mentale à l'étudier.

Nous pouvons également observer que le savoir tacite implicite du DSM et d'une pratique médicale que requiert l'étude du TA contribuent aussi à faire de lui un objet d'étude se dérobant à l'attention de tout le champ de recherche non médical en santé mentale. Des concepts quasi-équivalents ou concomitants au TA, tels que l'épuisement professionnels, la dépression ou le stress, apparaissent plus attrayants comme objets d'étude pour des disciplines telles que la psychologie et la sociologie.

Globalement, le TA ne souffre pas de cette petite production scientifique puisque rien ne laisse croire qu'il y a un réel déficit en connaissances théoriques et cliniques autour du diagnostic. On ne peut identifier de répercussion directe dans la prise en charge thérapeutique d'un patient causée par cette faible attention scientifique. Le TA ne représente pas davantage un problème de santé publique dans la mesure où il n'est pas en soi une « maladie ». Son statut de diagnostic fourre-tout explique par ailleurs en partie cette prévalence clinique élevée qui lui est associée. L'institution psychiatrique semble globalement tolérer les questionnements théoriques nombreux suscités par la définition du TA. Elle ne démontre pas à tout le moins un empressement à modifier le concept diagnostique du TA jugé problématique par plusieurs chercheurs.

Le bénéfice que retire indirectement le diagnostic d'une forme de méconnaissance générale explique au moins partiellement pourquoi il « sort » difficilement d'un champ clinique médical et se montre tout aussi invisible dans un espace public. La médicalisation appréhendée d'un quelconque « problème d'adaptation » pourrait être en cause ici bien que cette question dépasse le cadre de notre étude. Au-delà d'une forme d'occultation qu'engendrent les concepts explicatifs d'une certaine détresse psychologique qu'on peut lui

apparenter, tels que la « dépression » dans sa définition large et l'« épuisement professionnel », l'ambiguïté entourant la définition du TA pourrait représenter un obstacle à une plus grande évocation du diagnostic dans un discours « psy » dans une sphère publique. Cette faible attention sociale portée au TA pourrait renforcer rétroactivement cette faible attention scientifique dont il est l'objet.

Notre étude sociologique laisse voir un diagnostic « psy » des plus fascinants à la fois par cette ambiguïté ontologique fondamentale qui la caractérise et l'invisibilité dont il est l'objet à la fois dans le milieu de la recherche, le champ de la santé mentale et la société contemporaine.

ANNEXE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ²⁵

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

- (1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (par exemple : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple : pleure).
- (2) Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observé par les autres)
- (3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (par exemple : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- (4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- (5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- (6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- (7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire prier ou se sentir coupable d'être malade).
- (8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalées par le sujet ou observées par les autres).
- (9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale (par exemple hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

²⁵ Tiré et abrégé de APA (2000, p. 411-412)

ANNEXE B

CRITÈRES DE RECHERCHE POUR LE TROUBLE DÉPRESSIF MINEUR ²⁶

A. Une perturbation de l'humeur définie par :

- (1) Au moins deux (mais moins de cinq) des symptômes suivants ont été présents pendant la même période d'au moins deux semaines et constituent un changement par rapport au fonctionnement antérieur : l'un des symptômes est nécessairement (a) ou (b) :
 - (a) humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure).
 - (b) diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observé par les autres)
 - (c) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (p. ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
 - (d) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - (e) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 - (f) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 - (g) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire prier ou se sentir coupable d'être malade).
 - (h) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalées par le sujet ou observées par les autres).
 - (i) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- (2) Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- (3) Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une

²⁶ Tiré et abrégé de APA (2000, p. 893-894)

substance (p. ex. : une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale (p. ex., hypothyroïdie).

- (4) Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

B. Il n'existe pas d'Épisode dépressif majeur antérieur et les critères d'un Trouble dysthymique ne sont pas remplis.

C. Il n'existe pas d'Épisode maniaque antérieur, d'Épisode mixte ou d'Épisode hypomaniaque et les critères d'un Trouble cyclothymique ne sont pas remplis.

D. La perturbation de l'humeur ne survient pas exclusivement au cours d'une Schizophrénie, d'un Trouble schizophrénique, d'un Trouble schizo-affectif, d'un Trouble délirant ou d'un Trouble psychotique non spécifié.

ANNEXE C

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE PANIQUE SANS AGORAPHOBIE²⁷

A. À la fois (1) et (2) :

(1) Attaques de panique récurrentes et inattendues

(2) Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants :

(a) crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique

(b) préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences (par ex. Perdre le contrôle, avoir une crise cardiaque, "devenir fou")

B. Absence d'agoraphobie

C. Les Attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., une hyperthyroïdie).

D. Les Attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (p. ex. Survenant lors de l'exposition aux situations sociales redoutées), une Phobie spécifique (p. ex. Lors de l'exposition à une situation phobogène spécifique), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., en réponse à des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou à un Trouble anxieux de séparation (p. ex., en réponse au fait d'être éloigné du domicile ou des proches).

²⁷ Tiré et abrégé de APA (2000, p. 506)

ANNEXE D

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE²⁸

A. La personne a été exposée à un événement traumatique au cours duquel les deux critères suivants étaient présents :

La personne a été exposée, témoin ou confrontée à un ou des événements qui ont impliqués la mort ou menace de mort, ou de blessures graves ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui;

(2) La réaction de la personne impliquait une peur intense, de la détresse ou de l'horreur.

B. L'événement traumatique est revécu avec persistance d'une (ou plus) des façons suivantes:

(1) Des souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement incluant des images, pensées, perceptions;

(2) Rêves répétitifs et pénibles de l'événement;

(3) Impression ou agissement soudain comme si l'événement traumatique se reproduisait;

(4) Une détresse psychologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou symbolisant celui-ci;

(5) Une réactivité physiologique lors de l'exposition à des stimuli internes ou externes ressemblant à un aspect du traumatisme ou le symbolisant.

C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et épuisement de la réactivité générale (non présent avant le trauma) qui s'expriment par trois ou plus des symptômes suivants :

(1) des efforts pour éviter les pensées, sentiments ou conversations associés au traumatisme;

(2) des efforts pour éviter les activités, endroits ou gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme;

(3) une incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme;

(4) un intérêt ou une participation sensiblement diminués concernant des activités importantes;

(5) des sentiments de détachement ou d'étrangeté vis à vis des autres;

(6) une restriction des affects (ex.: incapacité de ressentir des sentiments amoureux);

²⁸ Tiré et abrégé de APA (2000, p. 539-540)

(7) un sentiment d'avoir un avenir 'bouché' (ex.: ne plus croire en une carrière, une famille, au succès, etc.).

D. La personne présente deux ou plusieurs symptômes persistants traduisant une hyperactivité neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) :

- (1) difficultés à s'endormir ou sommeil interrompu;
- (2) irritabilité ou accès de colère;
- (3) difficultés de concentration;
- (4) hypervigilance;
- (5) réaction de sursaut exagérée.

E. Les symptômes B, C et D sont présents durant au moins 1 mois.

F. Le problème entraîne une détresse cliniquement significative ou un dysfonctionnement au niveau social, professionnel ou dans un autre domaine de fonctionnement important.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress

ANNEXE E

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA PERSONNALITÉ LIMITE²⁹

Il s'agit d'un mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects avec une impulsivité marquée, qui est présent au début de l'âge adulte et dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

- (1) efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginés ;
- (2) mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par l'alternance entre les positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation ;
- (3) perturbation de l'identité: instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi ;
- (4) impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet, par exemple dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie ;
- (5) répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations;
- (6) instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur (ex.: dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété durant habituellement quelques heures et rarement plus de quelques jours) ;
- (7) sentiments chroniques de vide ;
- (8) colères intenses et inappropriées ou difficulté à contrôler sa colère (ex.: fréquentes manifestations de mauvaise humeur, colère constante ou bagarres répétées) ;
- (9) survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères.

²⁹ Tiré et abrégé de APA (2000, p. 817-818)

ANNEXE F

SITUATIONS SUPPLÉMENTAIRES QUI PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN EXAMEN CLINIQUE (DIAGNOSTICS À PROBLÈME)³⁰

Non observance du traitement
Simulation
Comportement antisocial de l'adulte
Comportement antisocial de l'enfant ou de l'adolescent
Fonctionnement intellectuel limite
Déclin cognitif lié à l'âge
Deuil
Problème scolaire ou universitaire
Problème professionnel
Problème d'identité
Problème religieux ou spirituel
Problème lié à l'acculturation

³⁰ Tiré de APA (2000, p. 850-853)

ANNEXE G

DÉFINITION DES TROUBLES DE L'ADAPTATION SELON LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES³¹

- A. Survenue de symptômes au cours du mois suivant l'exposition à un facteur de stress psychosocial identifiable, mais ne présentant pas un caractère inhabituel ou catastrophique.
- B. Présence de symptômes ou de troubles du comportement faisant partie de la symptomatologie d'un trouble de l'humeur (sans idées délirantes ni hallucinations), d'un trouble névrotique, d'un trouble lié à des facteurs de stress, ou d'un trouble somatoforme, ou d'un trouble des conduites, mais ne répondant pas aux critères de l'un quelconque de ces troubles. La nature et la sévérité des symptômes peuvent être variables.

Les caractéristiques prédominantes de la symptomatologie peuvent être précisées ainsi :

- Réaction dépressive brève
- Réaction dépressive prolongée
- Réaction mixte, anxieuse et dépressive
- Avec prédominance de la perturbation d'autres émotions
- Avec prédominance d'une perturbation des conduites
- Avec perturbation mixte des émotions et des conduites
- Avec prédominance d'autres symptômes spécifiés

- C. Les symptômes ne persistent pas au-delà de six mois après la disparition du facteur de stress ou des conséquences de ce dernier, sauf quand il s'agit d'une réaction dépressive prolongée.

³¹ Adapté de OMS (1994, p. 94-95)

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES SUR LE TA :

- Allen, Kathleen. 2000. «A brief cognitive-behavioural intervention for a 10-year-old child with an adjustment disorder—a case study». *Behaviour Change*, vol. 17, no 2, p. 84-89.
- Andreasen, Nancy C. et Paul R. Hoenk. 1982. «The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study». *The American Journal of Psychiatry*, vol. 139, no 5 (mai), p. 584-590.
- Andreasen, Nancy C. et Patricia Wasek. 1980. «Adjustment disorders in adolescents and adults». *Archives of General Psychiatry*, vol. 37 (octobre), p. 1166–1170.
- Anseau, Marc, Michel Bataille, Guy Briole, André de Nayer, Pierre André Fauchère, François Ferrero, Claudine Mertens, Renzo Realini, Philippe Rombaut, André Vereecken, Benoît Troisfontaines et Myriam van Moffaert. 1996. «Controlled comparison of tianeptine, alprazolam and mianserin in the treatment of adjustment disorders with anxiety and depression». *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*. Vol 11(4), Jul-Aug 1996, pp. 293-298
- Azocar, Francisca, et Gregory L. Greenwood. 2007. «Service use for patients with adjustment disorder and short term treatment: A brief report». *Internet Journal of Mental Health*, vol. 4, no 2, édition électronique, <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijmh/vol4n2/adjustment.xml>.
- Balon, Richard. 2010. «Proposal to introduce adjustment disorder with disturbed sexual functioning into the revised classifications of DSM and ICD.» *Journal of Sex & Marital Therapy*, vol. 36, no 1 (janvier), p. 1-5.
- Barrett, Robert J. 1997. «Cultural formulation of psychiatric diagnosis: Death on a horse's back: Adjustment disorder with panic attacks». *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 21, no 4 (décembre), p. 481-496.
- Baumeister, Harald, Andreas Maercker et Patricia Casey. 2009. «Adjustment disorder with depressed mood: A critique of Its DSM-IV and ICD-10 conceptualisations and recommendations for the future». *Psychopathology*, vol. 42, no 3 (avril), p. 139-147.
- Baumeister, Harald et Katharina Kufner. 2009. «It is time to adjust the adjustment disorder category.» *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 22, no 4 (juillet), p. 409-412.
- Bronisch, Thomas et Heidemarie Hecht. 1989. «Validity of adjustment disorder, comparison with major depression.» *Journal of Affective Disorders*, vol. 17, no 3 (novembre-décembre), p. 229-236
- Carta, M.G., M. Balestrieri, A. Murru et M.C. Hardoy. 2009. «Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment». *Clinical Practice Epidemiology Mental Health*, vol.

26, no 5, p. 1-15.

Casey, Patricia. 2009. «Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment.» *CNS Drugs*, vol. 23, no 11 (novembre), p. 927-938.

Casey Patricia. 2008. «Diagnosing adjustment disorder with depressive features». *Expert Review of Neurotherapeutics*, vol. 8, no 8 (août), p. 1203-1208.

Casey Patricia. 2006. «The “afterthought” diagnosis : rehabilitating adjustment disorders». *Expert Review of Neurotherapeutics*, vol. 6, no 2 (février), p. 145-51.

Casey, Patricia, Mohammad Maracy, Brendan D. Kelly, Ville Lehtinen, Jose-Luis Ayuso-Mateos, Odd S. Dalgard, Christopher Dowrick . 2006. «Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN». *Journal of Affective Disorders*, vol. 92, no 2-3 (juin), p. 291-297.

Casey, Patricia. 2001. «Adult adjustment disorder: A review of its current diagnostic status». *Journal of Psychiatric Practice*, vol. 7, no 1 (janvier), p. 32-40.

Casey P, C. Dowick et G. Wilkinson. 2001. «Adjustment disorders. Fault line in the psychiatric glossary». *British Journal of Psychiatry*, vol. 179, p. 479-481.

Desland, Malcolm. 1995. «Hypnosis in the treatment of an adjustment disorder.» *Australian Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, vol. 23, no 1 (mai), p. 58-69.

Despland, J.N., L. Monod, F. Ferrero. 1995. «Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV». *Comprehensive Psychiatry*, vol. 36, no 6 (novembre-décembre), p. 454-460.

Despland, J. N., L. Monod et F. Ferrero. 1996. «Étude clinique du trouble de l'adaptation selon le DSM-III-R. / Clinical study of adjustment disorders according to the DSM-III-R». *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, vol. 147, no 5, p. 171-177.

Dobricki, Martin; Ivan H. Komproe, Joop T.V.M. de Jong et Andreas Maercker. 2010. «Adjustment disorders after severe life-events in four postconflict settings». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 45, no 1 (janvier), p. 39-46.

Fabrega Horacio Jr., J.E. Mezzich et A.C. Mezzich. 1987. «Adjustment disorder as a marginal or transitional illness category in DSM-III». *Archives of General Psychiatry*, vol. 44?, p. 567-572.

Fabrega, Horacio Jr. et Juan Mezzich. 1987. « Adjustment disorder and psychiatric practice: Cultural and historical aspects. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, vol. 50, no 1 (février), p. 31-49.

Foster, Paul et Thomas Oxman. 1994. «A descriptive study of adjustment disorder diagnoses in general hospital patients». *Irish Journal of Psychological Medicine*, vol. 11, no 4 (décembre), p. 153-157.

Frankel, Marsha. 2001. «Ego enhancing treatment of adjustment disorders of later life». *Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 34, no 2, p. 221-231.

Giotakos, Orestis, et George Konstantakopoulos. 2002. «Parenting received in childhood and early separation anxiety in male conscripts with adjustment disorder». *Military Medicine*,

vol. 167, no 1 (janvier), p. 28-33.

Greenberg, W.A., D.N. Rosenfeld et E.A. Ortega. 1995. «Adjustment disorder as an admission diagnosis». *The American Journal of Psychiatry*, vol. 152, no 3 (mars), p. 459-461.

Güe, S., H. Hermesh, N. Laufer, M. Gogol et R. Gross-Isseroff. 2005. «Adjustment disorder : a review of diagnostic pitfalls». *Israel Medicine Association Journal*, vol. 7, no 11 (novembre), p. 726-731.

Halford, W. Kim. 1987. «Cognitive behavioural treatment of adjustment disorder with depressed mood following marital breakdown.» *Behaviour Change*, vol 4, no 1, p. 28-33.

Kovacs, M., C. Gatsonis, M. Pollock et P.L. Parrone. 1994. «A controlled prospective study of DSM-III adjustment disorders in childhood. Short-term prognosis and long-term predictive validity». *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, no 7, p. 535-541.

Jones, Clive Martin et Gershon Tenenbaum. 2009. «Adjustment Disorder: a new way of conceptualizing the overtraining syndrome». *International Review of Sport and Exercise Psychology*, vol. 2, no 2 (septembre), p. 181-197.

Laugharne, Jonathan, Gillian Van Der Watt et Aleksandar Janca. 2009. «It is too early for adjusting the adjustment disorder category». *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 22, no 1 (janvier), p. 50-54.

Levitas, Andrew S. et Anne DesNoyers Hurley. 2005. «Diagnosis and Treatment of Adjustment Disorders in People With Intellectual Disability». *Mental Health Aspects of Developmental Disabilities*, vol 8, no 2 (avril-juin), p. 52-60.

Maercker, Andreas, Franziska Einsle et Volker Köllner. 2007. «Adjustment Disorders as Stress Response Syndromes: A New Diagnostic Concept and Its Exploration in a Medical Sample». *Psychopathology*, vol. 40, no 3, p. 135-146.

Navarre, C. et L. Colonna. 1996. «Prévalence et prise en charge des troubles de l'adaptation dans le cadre des urgences psychiatriques. / Prevalence and treatment of adjustment disorders in psychiatric emergency services.» *Annales Médico-Psychologiques*, vol. 154, no 5 (août), p. 298-305.»

Nguyen, N.; E. Fakra, V. Pradel, E. Jouve; C. Alquier; M.-E. Le Guern, J. Micallef et O. Blin. 2006. «Efficacy of etifoxine compared to Lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: A double-blind controlled study in general practice». *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, vol. 21, no 3 (avril), p. 139-149.

O'Keefe, N., et G. Ranjith. 2007. «Depression, demoralisation or adjustment disorder ? Understating emotional distress in the severely medically ill». *Clinical Medicine*, vol. 7, no 5 (octobre), p. 478-481.

Oxman, Thomas E., James E. Barrett, Daniel H. Freeman et Eric Manheimer. 1994. «Frequency and correlates of adjustment disorder related to cardiac surgery in older patients». *Psychosomatics. Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, vol. 35, no 6 (novembre-décembre), p. 557-568.

- Pollock, Donald. 1992. «Structured ambiguity and the definition of psychiatric illness: Adjustment disorder among medical inpatients». *Social Science & Medicine. Special Issue: The cultural construction of diagnostic categories: The case of American psychiatry*, vol. 35, no 1 (juillet), p. 25-35.
- Powell, Shawn et Dave McCone. 2004. «Treatment of Adjustment Disorder With Anxiety: A September 11, 2001, Case Study With a 1-Year Follow-Up». *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 11, no 3 (été), p. 331-336.
- Rahe, Richard H. 1990. «Psychosocial stressors and adjustment disorder: Van Gogh's life chart illustrates stress and disease». *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 51, no 11 (suppl, novembre), p. 13-19.
- Rodgers, Laura S. et Linda R. Tennison. 2009. «A preliminary assessment of adjustment disorder among first-year college students». *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 23, no 3 (juin), p. 220-230.
- Ronson, A. 2005. «Le trouble de l'adaptation en oncologie: Un cadre conceptuel à préciser. / Adjustment disorders in oncology: A conceptual framework to be refined». *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, vol. 31, no 2 (mars-avril), p. 118-126.
- Sampang, J.A. 2003. «Adjustment disorder with depressed mood. A review of diagnosis and treatment». *Advances in Nurse Practice*, vol. 11, no 4 (avril), p. 51-54.
- Schatzberg, Alan F. 1990. «Anxiety and adjustment disorder: A treatment approach». *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 51, no 11 (novembre, suppl.), p. 20-24.
- So, E., I. Kam, C.M. Leung, A. Pang et L. Lam. 2003. «The Chinese-bilingual SCID-I/P Project: Stage 2 - Reliability for anxiety disorders, adjustment disorders, and 'no diagnosis'». *Hong Kong Journal of Psychiatry*, vol. 13, no 1 (mars), p. 19-25.
- Strain, James J., Jeffrey H. Newcorn, Dennis Wolf, George Fulop et Wendy Davis. 1993. «Considering changes in adjustment disorder». *Hospital & Community Psychiatry*, vol. 44, no 1 (janvier), p. 13-15.
- Strain, J.J., G.C. Smith, J.S. Hammer, D.P. McKenzie, M. Blumenfield, P. Muskin, G. Newstadt, J. Wallack, A. Wilner et S.S. Schleifer. 1998. «Adjustment disorder: a multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting». *General Hospital Psychiatry*, vol. 20, no 3, p. 139-149.
- Strain, James J., et Albert Diefenbacher. 2008. «The adjustment disorders: The conundrums of the diagnoses». *Comprehensive Psychiatry*, vol. 49, no 2 (mars-avril), p. 121-130.
- Van Der Klink, Jac J.L., et Frank J.H. Van Dijk. 2003. «Dutch practice guidelines for managing adjustment disorders in occupational and primary health care». *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 29, no 6 (décembre), p. 478-487.
- Woolston, Joseph L. 1988. «Theoretical considerations of the adjustment disorders». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 27, no 3 (mai), p. 280-287.
- Yeung, Albert S., et Doris F. Chang. 2002. «Adjustment disorder: Intergenerational conflict in a Chinese immigrant family». *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 26, no 4 (décembre),

p. 509-525.

AUTRES RÉFÉRENCES :

American Psychiatric Association. 2003. DSM-IV-TR. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e éd. rev. et augm. Trad. de l'anglais. Paris : Masson, 1120 p.

Association canadienne pour la santé mentale/Canadian mental health association, «Les troubles de l'humeur. La dépression», in dossier *Comprendre la maladie mentale*, http://www.cmlha.ca/bins/content_page.asp?cid=3-86-87&lang=2, consulté 15 janvier 2011

Bourdieu, Pierre. 1997. *Les usages sociaux de la science. Pour une sociologie clinique du champ scientifique*. Paris : Institut National de la Recherche Agronomique, 79 p.

De Gaulejac, Vincent. 1993. «Introduction». In *Sociologies cliniques*, sous la direction de Vincent de Gaulejac et Shirley Roy, p. 11-15. Paris : Desclée de Brouwer.

Ehrenber, Alain. 1999. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris : Éditions Odile Jacob, 220 p.

Filteau, Marie-Josée. 1993. «Le trouble d'adaptation avec humeur dépressive :aux confins du normal et du pathologique», *Le Clinicien*, vol. 8, no 1 (janvier), p. 61-75.

Filteau, Marie-Josée et Philippe Baruch. 1999. «Troubles de l'adaptation». In *Introduction et syndromes cliniques*. T. 1 de *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale*, 3e éd rev. et augm., sous la direction de Pierre Lalonde, Jocelyn Aubut et Frédéric Grunberg, p. 396-408. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.

First, Michael B., et Allan Tasman. 2001. «Adjustment disorders» In *DSM-IV-TR Mental Disorders. Diagnostis, Etiology, and Treatment*, sous la direction de Michael B. First et Allan Tasman, p. 1216-1227. New York : John Wiley & Sons.

Flament, Claude, et Michel-Louis Rouquette. 2003. *Anatomie des idées ordinaires. Comment étudier les représentations sociales*. Paris : Armand Colin, 175 p.

Freidson, Eliot. 1984. *La profession médicale*. Paris : Payot, p. 369.

Furnham, Adrian, et Willem Kuyken. 1991. «Lay theories of Depression», *Journal of Social Behavior and Personality*, vol. 6, no 2 (juin), p. 329-342.

Gabe, Jonathan Peter, Mary Ann Elston et Michael Bury. 2004. *Key concepts in medical sociology*. London : SAGE Publications, 280 p.

Hanique, Fabienne. 2007. «De la sociologie compréhensive à la sociologie clinique». In *La sociologie clinique. Enjeux théoriques et méthodologiques*, sous la direction de Vincent de Gaulejac, Fabienne Hanique et Pierre Roche, p. 91-113. Ramonville Sainte-Agne : Éditions érès

Hardy-Baylé, Marie-Christine. 2005. *Le diagnostic en psychiatrie*. Paris : Armand Colin, 127 p.

Horwitz, Allan V. et Jerome C. Wakefield. 2007. *The loss of sadness. How psychiatry*

transformed normal sorrow into depressive disorder. New York : Oxford University Press, 245 p.

Joyal, Marie. 2004. «L'évaluation de la dépression au cabinet», *Le Médecin du Québec*, vol. 39, no 5 (mai), p. 31-38.

Katzman, Jeffrey W., et Cynthia M.A. Geppert. 2009. «Adjustment disorders». In *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, sous la direction de Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock et Pedro Ruiz, p. 2187-2196. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins editions.

Kendell, R.E. 1975. *Diagnosis in Psychiatry*. Oxford : Blackwell Scientific Publications, 169 p.

Lalonde, Pierre, Jocelyn Aubut et Frédéric Grunberg. 1999. *Psychiatrie clinique. Une approche bio-psycho-sociale*, 3e éd rev. et augm., 2t. Montréal : Gaëtan Morin éditeur, p.

Martin, Olivier. 2000. *Sociologie des sciences*. Paris : Éditions Nathan, 128 p.

Minois, George. 2003. *Histoire du mal de vivre. De la mélancolie à la dépression*. Paris : Éditions de la Martinière, 430 p.

Noshpitz, Joseph D., R. Dean Coddington et collaborateurs. 1990. *Stressors and the adjustment disorders*. New York : John Wiley & Sons, 685 p.

Organisation Mondiale de la Santé. 1994. *Classification Internationale des Maladies. Dixième révision. Chapitre V(F): Troubles mentaux et des Troubles du comportement. Critères Diagnostiques pour la Recherche*. Paris : Masson, 226 p.

Otero, Marcelo. 2006. «Nervosité d'inadaptation. Une folie sociale nécessaire ?». In *Le médicament au coeur de la socialité contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, sous la direction de Johanne Collin, Marcelo Otero et Laurence Monnais, p. 67-90. Québec : Presses de l'Université du Québec, coll. «Problèmes sociaux & interventions sociales».

Otero, Marcelo. (À paraître). *L'ombre portée. L'individualité à l'épreuve de la dépression*.

Pignarre, Philippe. 2001. *Comment la dépression est devenue une épidémie*. Paris : La Découverte, 192 p.

Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, «Maladies les plus fréquentes. Les troubles de l'humeur», in dossier *Santé mentale*, http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?id=62,72,0,0,1,0, consulté 15 janvier 2011

Raynaud, Dominique. 2003. *Sociologie des controverses scientifiques*. Paris : Presses Universitaires de France, 225 p.

Revivre. Association québécoise pour de soutien aux personnes souffrant de troubles anxieux, dépressifs ou bipolaires. «Les troubles dépressifs», <http://www.revivre.org/troubles-depressifs.php>, consulté 15 janvier 2011

Robert, André D. et Annick Bouillaguet. 2007. *L'analyse de contenu*, 3e éd. Rev. Paris : Presses universitaires de France, 127 p., coll. «Que sais-je?».

Rogers, Anne et David Pilgrim. 2005. *A sociology of Mental Health and Illness*, 3e éd. rev. et

augm. Berkshire : Open University Press, 269 p.

Taché, Alain. 2003. *L'adaptation : un concept sociologique systémique*. Paris : L'Harmattan, 361 p.

Vézina, Michel. 2003. «Docteur, je crois que je fais un burnout», *Le Clinicien*, vol. 18, no 1 (janvier), p. 69-78.

Nicolas, David. (Date indéterminée). «Ambiguïté», in *Sémanticlopédie. Dictionnaire de sémantique*, <http://www.semantique-gdr.net/dico/index.php/Ambigu%C3%A9>, consulté 15 janvier 2011