



HAL
open science

Intrication des techniques et des enjeux épistémologiques au sein du projet des Research Domain Criteria

Elodie Gratreau

► **To cite this version:**

Elodie Gratreau. Intrication des techniques et des enjeux épistémologiques au sein du projet des Research Domain Criteria . Cahiers François Viète, 2023, III (15), pp.171-198. 10.4000/cahierscfv.4454 . hal-04498479

HAL Id: hal-04498479

<https://hal.science/hal-04498479>

Submitted on 11 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Intrication des techniques et des enjeux épistémologiques au sein du projet des *Research Domain Criteria*

Intricacy of Technologies and Epistemologic Stakes in the Research Domain Criteria Project

Elodie Gratreau



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/cahierscfv/4454>

DOI : 10.4000/cahierscfv.4454

ISSN : 2780-9986

Éditeur

Nantes Université

Édition imprimée

Date de publication : 1 novembre 2023

Pagination : 171-198

ISBN : 978-2-493550-06-4

ISSN : 1297-9112

Ce document vous est offert par Université de Technologie de Compiègne



Référence électronique

Elodie Gratreau, « Intrication des techniques et des enjeux épistémologiques au sein du projet des *Research Domain Criteria* », *Cahiers Français Viète* [En ligne], III-15 | 2023, mis en ligne le 01 novembre 2023, consulté le 11 mars 2024. URL : <http://journals.openedition.org/cahierscfv/4454> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/cahierscfv.4454>



Le texte seul est utilisable sous licence CC BY-NC-ND 4.0. Les autres éléments (illustrations, fichiers annexes importés) sont « Tous droits réservés », sauf mention contraire.

SOMMAIRE

Mathilde Lancelot & Xavier Guchet.....	5
Introduction – Qu’est-ce qu’un soin technologique ?	
Emanuele Clarizio	23
La vie technique du <i>care</i>	
Claire Grino	49
L’autoconservation ovocytaire « pour raison d’âge » : un soin technologique encore controversé	
Giulia Anichini.....	81
Automatiser le choix du « meilleur » traitement : enjeux et défis d’outil algorithmique pour le pronostic de la sclérose en plaques	
Marilena Pateraki	117
Bringing Care and Maintenance Under the Same Skin: Deep Brain Stimulation and Temporalities of Care	
Pauline Launay & Alain Loute	143
Soigner la fin de vie (comme) à la maison : une nouvelle domestication des subjectivités ?	
Elodie Gratreau	171
Intrication des techniques et des enjeux épistémologiques au sein du projet des <i>Research Domain Criteria</i>	
Varia	
Nina de Clercq.....	201
Considering a Woman in Greek « Big Dig » Archaeology: Mary Wyckoff (1906-1932) at the American School of Classical Studies at Athens	

Intrication des techniques et des enjeux épistémologiques au sein du projet des *Research Domain Criteria*

Elodie Gratreau

Résumé — Les *Research Domain Criteria* (RDoC) sont un projet de structuration de la recherche en psychiatrie visant à encourager le développement des connaissances en neurosciences et sciences du comportement en s'affranchissant des systèmes diagnostiques les plus utilisés aujourd'hui. À terme, le projet entend fournir les bases nosologiques dont la psychiatrie aurait besoin pour entrer dans le champ de la médecine de précision. Cet article fournit une synthèse de l'histoire et du fonctionnement des RDoC, qu'il propose de lire au prisme des techniques mobilisées par le projet. Il étudie l'hypothèse que les enjeux épistémologiques des RDoC, largement commentés, sont directement inscrits dans les techniques qu'ils promeuvent.

Abstract — *Intricacy of Technologies and Epistemologic Stakes in the Research Domain Criteria Project* — *The Research Domain Criteria (RDoC) project is a psychiatry research plan aiming to foster the development of neuroscientific and behaviour sciences knowledge by getting rid of the diagnostic systems most used nowadays. In the end, the project intends to provide the nosological foundations that psychiatry is supposed to need to enter the field of precision medicine. This paper provides a synthesis of the history and functioning of the project, that it proposes to understand in the light of the technologies the project mobilizes. It studies the hypothesis that the epistemological stakes of the RDoC, widely commented, are directly embedded in the technologies they promote.*

Mots-clés : épistémologie et technologie, philosophie, médecine et santé, psychiatrie, *Research Domain Criteria* (RDoC), diagnostic, époque contemporaine

DANS le champ de la recherche en psychiatrie, la technique est souvent réduite à son rôle instrumental. Les développements techniques récents — comme l'imagerie médicale, les techniques utilisées dans les *Omiques*¹, les dispositifs numériques, ou encore les techniques de traitement de données — sont la plupart du temps présentés comme des moyens permettant d'amorcer un tournant vers la psychiatrie de précision, un tournant qui viendrait résoudre tous les maux de la discipline (Llorca & Leboyer, 2023). Tout se passe comme si l'application de techniques de pointe constituait un progrès souhaitable vers un meilleur soin, conceptualisé comme plus efficace car plus précis. La question de savoir comment ces techniques transforment les concepts et valeurs du champ est évacuée, et les travaux qui traitent de ces questions n'étudient généralement pas ce que *font* ces choses techniques (*What things do*, Verbeek, 2005).

Pourtant, « une grande partie de nos actions et interprétations du monde sont co-structurées (*co-shaped*) par les technologies que nous utilisons » (Verbeek, 2008, p. 93). Le tournant empirique en philosophie des techniques a permis de mettre en avant, dans de nombreux cas d'étude, l'agentivité de la technique, c'est-à-dire la manière dont sa conception et son usage en contexte contribuent activement à reconfigurer celui-ci. C'est l'idée que la technique n'est pas neutre, qu'au contraire elle embarque des valeurs, y compris épistémiques.

Cet article constitue une proposition : celle d'étudier les débats récents sur les classifications psychiatriques en les replaçant dans les études sur l'agentivité de la technique. Ces classifications revêtent des rôles pratiques multiples et constituent en outre des appareils théoriques qui régulent les savoirs et les concepts de la discipline, de telle sorte que les prendre pour objet fournit un bon observatoire des transformations en cours dans le champ de la psychiatrie. Aujourd'hui, ce sont le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*) et la CIM (Classification internationale des maladies) qui font autorité (Markon, 2013) au point que leurs catégories se trouvent réifiées

¹ L'ensemble des domaines d'étude de la biologie qui visent à caractériser les différentes étapes de la manifestation d'un phénotype : génomique, transcriptomique, protéomique, épigénomique... Les techniques en question comprennent donc des techniques de séquençage des molécules impliquées dans ces différentes étapes.

(Hyman, 2010)². Il s'agit d'approches catégorielles du trouble psychique, dont les descriptions reposent sur le recueil clinique de symptômes observables et se veulent indépendantes d'une théorie sur les causes sous-jacentes. Chaque catégorie correspond supposément à un trouble identifié comme entité singulière, strictement différent des autres, ce qui garantit sa validité.

Et justement, la validité de ces catégories, tout comme le principe même de l'approche catégorielle, sont largement discutés et remis en cause, et de nouvelles tentatives pour structurer le diagnostic en psychiatrie émergent, parmi lesquelles le *Research Domain Criteria* (RDoC)³. S'agissant d'un projet dont l'ambition initiale est de « [conceptualiser] les maladies mentales comme des maladies du cerveau » (Insel et al., 2010), les commentateurs du projet et de ses objectifs ont discuté essentiellement ses enjeux épistémologiques. En revanche, le fait que ces enjeux épistémologiques soient directement inscrits dans des techniques, qui rendent le projet des RDoC possible tout en le contraignant, a été moins étudié. Dans le même ordre d'idée, le philosophe Steeves Demazeux (2013) soulignait que le lien direct entre la structure même du DSM-III (paru en 1980) et le développement de l'informatique dans les années 1970 a peu été mis en avant. L'objectif de cet article est ainsi d'examiner les RDoC au regard des techniques qu'ils promeuvent et qui reconfigurent en profondeur les soins en psychiatrie. Il vise à montrer que les discussions sur les enjeux épistémologiques des RDoC ne peuvent faire l'économie d'un examen des techniques intriquées dans les fondements du projet, et des discours qui leur sont associés. Cette proposition s'adresse en particulier au lectorat francophone, des travaux similaires existant déjà en langue anglaise⁴.

² Le DSM est édité par l'APA (*American Psychiatric Association*), sa cinquième version (DSM-5) a été publiée en mai 2013, le texte révisé (DSM-5-TR) l'a été en mars 2022. Concernant la CIM, elle est éditée par l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), et sa onzième version (CIM-11) est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022.

³ Une traduction satisfaisante pourrait être « critères de domaines pour la recherche » sur le modèle des « critères diagnostiques pour la recherche » (traduction de *Research Diagnostic Criteria* proposée par Demazeux, 2013).

⁴ Voir par exemple Pickersgill (2012) sur la fabrique du trouble de la personnalité antisociale dans le DSM, les ouvrages collectifs consacrés à la nosologie et aux classifications dirigés par Kendler & Parnas (2012, 2017), ou encore celui consacré aux interactions entre pensées de la technique et psychiatrie dirigé par Phillips (2009).

L'article présente dans un premier temps le projet des RDoC en lui-même en rappelant le contexte de sa création et les principes centraux sur lesquels il repose, en mobilisant avant tout la littérature primaire qui l'entoure. Il s'agit d'un projet de financement de la recherche, adossé à une réforme des classifications psychiatriques, avec pour objectif de donner des bases qui permettront à la psychiatrie d'intégrer le paradigme de la médecine de précision. La section suivante analyse la manière dont un ensemble de techniques est sous-jacent aux RDoC et à la recherche qu'ils proposent de financer. Cette partie repose sur la littérature francophone et anglophone qui s'est attachée à montrer les effets de la technique et des discours y étant associés sur la psychiatrie, y compris au cours du temps. Enfin, la troisième et dernière section vise à faire une synthèse de la littérature critique à propos des RDoC et en particulier à propos de leurs postulats épistémologiques. Il s'agit de montrer que ces postulats sont directement inscrits dans les techniques mobilisées par les RDoC, au regard de l'analyse proposée dans la section précédente. Ainsi, il apparaît qu'examiner les effets de la technique dans les RDoC est une condition nécessaire à l'examen de leurs enjeux épistémologiques, ces deux éléments étant éminemment intriqués.

1. Le projet des *Research Domain Criteria* (RDoC)

1.1. La création des RDoC et les critiques adressées au DSM

Le projet des RDoC commence sa structuration en 2009 en écho à la publication, en 2008, du plan stratégique du *National Institute of Mental Health* (NIMH) états-unien, alors dirigé par Thomas R. Insel. Ce plan se structure autour de quatre grands objectifs déclinés en différentes lignes stratégiques. Ainsi, le premier objectif identifié est de « promouvoir les découvertes des sciences du cerveau et du comportement pour alimenter la recherche sur les causes des troubles psychiques ». Cet objectif se décline en quatre lignes directrices, la dernière étant celle qui intéressera et structurera le projet des RDoC : « développer, à des fins de recherche, de nouvelles façons de classer les troubles psychiques basées sur des dimensions observables du comportement et des mesures neurobiologiques ». Le projet en lui-même est ensuite initié en 2009 par la constitution d'un groupe de travail puis en 2010

par la publication d'un article maintes fois cité depuis⁵ : *Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders* (Insel et al., 2010). Ce texte court (à peine trois pages) est très engagé en faveur d'une approche neuroscientifique des troubles psychiques, et base son argumentation sur une critique du système diagnostique en place en psychiatrie, porté par l'APA avec le DSM et l'OMS avec la CIM⁶. La suite du texte expose les partis pris du projet des RDoC pour répondre à cette critique. Comprendre ce que sont les RDoC et la manière dont ils entendent s'insérer dans le champ psychiatrique nécessite donc dans un premier temps de comprendre la nature des critiques adressées au CIM/DSM⁷ qui ont justifié leur lancement.

Les critiques adressées au CIM/DSM s'articulent en bonne partie autour du manque de validité de leurs catégories, entendue à la fois au sens de validité descriptive et validité concurrente (Demazeux, 2013, p. 198-202). D'après les initiateurs du projet des RDoC, le système de classification du DSM s'est ankylosé au fil des décennies depuis la publication du DSM-III en 1980 (Cuthbert, 2015)⁸. Son usage dans la clinique aurait peu à peu mis en évidence que ses catégories diagnostiques présentent un très haut degré d'hétérogénéité (deux patient·e·s différent·e·s peuvent se voir attribuer le même

⁵ La plateforme GoogleScholar (consultée en décembre 2022) dénombre plus de 6 000 citations. Des textes plus longs et à la teneur parfois différente ont été publiés aux débuts du projet, mais c'est cet article qui est cité la plupart du temps dans les articles commentant les RDoC.

⁶ Au moment de la publication, le DSM-IV et la CIM-10 étaient en vigueur. La première annonce de financements par le NIMH en lien avec les RDoC a été faite juste quelques semaines avant la sortie du DSM-5, en 2013. Que les RDoC aient été lancés avant sa publication est éloquent quant à la défiance s'installant peu à peu autour de ce manuel de classification.

⁷ Les auteurs appartenant au groupe de travail du RDoC, Bruce N. Cuthbert en première ligne, utilisent cette notation (en anglais « ICD/DSM ») pour désigner de manière générale les systèmes diagnostiques majoritairement en place et caractérisés par une approche catégorielle et reposant sur l'observation clinique.

⁸ Cuthbert (2015, p. 91) explique que le DSM-III a été « révolutionnaire » car « en fournissant des critères agnostiques (*theory-free*) écrits dans un langage direct et des règles explicites pour attribuer les diagnostics, [il] a atteint son objectif visé de fournir un consensus diagnostique généralement satisfaisant ». Pour une étude approfondie de l'histoire du succès du DSM-III, voir Demazeux (2013).

diagnostic malgré des tableaux cliniques sans point commun) et de comorbidités (les tableaux cliniques se superposant facilement puisque des catégories diagnostiques partagent des symptômes communs). Et cela, sans compter qu'un grand nombre de patient·e·s tombent dans la catégorie des diagnostics non spécifiques (« *Not otherwise specified* »). Il s'agit ici d'un manque de validité descriptive puisque les critères utilisés pour définir les catégories s'avèrent peu spécifiques pour former des groupes homogènes de patient·e·s. Par ailleurs, l'usage du DSM en recherche fait apparaître des difficultés à identifier des biomarqueurs spécifiques à une maladie, et montre au contraire l'existence de biomarqueurs communs entre des catégories nosologiques distinctes. C'est un manque de validité concurrente, c'est-à-dire de corrélation entre deux types de données censées converger. Il y aurait par conséquent une inadéquation entre des observations cliniques rassemblées en catégories diagnostiques et des mesures neurobiologiques et comportementales, donc finalement entre le CIM/DSM et les RDoC. La critique repose implicitement sur l'idée que les mesures proposées par le RDoC ont par principe une meilleure validité descriptive, et qu'il faudrait donc les prendre comme références pour mesurer la validité concurrente.

Il y a dès lors une double critique de la validité des catégories du CIM/DSM. La conséquence principale du manque de validité dans la clinique serait l'errance thérapeutique et donc une faible qualité des soins, et une stagnation de la mortalité en psychiatrie⁹. Quant à la recherche, le manque de validité de la classification y serait responsable des difficultés à comprendre l'étiologie des troubles psychiques. La critique du CIM/DSM est en ce sens ambivalente puisqu'elle lie causalement, autour du concept de validité qui incarnerait tous les maux de la psychiatrie contemporaine, les défaillances du système de soin actuel (si les traitements ne sont pas efficaces, ce serait essentiellement parce qu'ils ne sont pas conçus sur la base de catégories valides) aux difficultés à réduire les troubles psychiques à des dysfonctionnements biologiques. Il faudrait donc s'affranchir de ces catégories pour

⁹ Ainsi, Cuthbert et Insel (2013) rappellent que la psychiatrie est l'une des seules disciplines médicales où la mortalité n'a pas baissé durant les décennies précédentes, marquées par l'arrivée progressive de la médecine dite personnalisée ou encore de précision dans la clinique (notamment en cancérologie). Un espoir porté par les RDoC est donc de garantir le rétablissement d'une plus grande portion de patient·e·s, dans un contexte où leur nombre croît d'années en années.

identifier les processus biologiques des pathologies et parvenir enfin à les soigner efficacement — le présupposé étant que les troubles psychiques sont par nature d'ordre biologique et qu'il convient par conséquent de les soigner par des traitements biologiques basés sur leur étiologie. Les RDoC sont en ce sens un projet qui vise à établir les bases scientifiques supposées nécessaires à l'avènement d'une psychiatrie de précision¹⁰.

1.2. Description et fonctionnement du RDoC

L'objectif des RDoC est donc de promouvoir et financer des recherches qui s'affranchiraient des catégories diagnostiques habituelles pour l'étude des causes des troubles psychiques. Plus ambitieusement encore, les RDoC proposent un cadre de travail méthodologique visant à cartographier la cognition humaine pensée centralement comme une affaire de circuits neuronaux susceptibles d'être circonscrits en grands domaines de fonctionnement (Cuthbert & Insel, 2010). Dans ce cadre, le trouble psychique est ramené à un dysfonctionnement de ces fonctions neurocomportementales, dysfonctionnement qui devrait pouvoir être décrit en termes de variations quantitatives pathologiques du fonctionnement normal (au sens statistique). Outre le fait qu'ils sont tournés vers la recherche de l'étiologie des troubles psychiques, les RDoC visent donc aussi plus largement à faire dialoguer neurosciences et sciences du comportement au service de la santé mentale, dans l'objectif de proposer une description de la cognition humaine se voulant complète.

Concrètement, les RDoC ne fournissent pas en eux-mêmes de résultats mais des éléments de méthode et des moyens pour la recherche, dont les résultats sont ensuite rassemblés dans une matrice à deux dimensions, partie la plus visible du projet et accessible sur le site du NIMH (voir figure 1 pour un exemple). Cette matrice prend comme lignes des construits, des « concepts non calculables proposés à partir d'ensembles convergents de données, et dont la signification fonctionnelle précise change à mesure que les données s'accroissent et que notre compréhension à leur sujet s'enrichit » (Cuthbert, 2014a, p. 78). Ces concepts sont rassemblés en « domaines ». Ces « domaines de recherche » sont « de niveau supérieur [...] ce qui permet de mettre en

¹⁰ Pour une étude approfondie des liens entre validité et psychiatrie de précision, voir Demazeux & Keuck (2023).

avant les relations significatives qui existent entre les construits à l'intérieur de chaque domaine, en plus de fournir un schéma heuristique d'organisation » (Cuthbert, 2014a, p. 78). Les colonnes sont autant d'unités d'analyse, « les différents moyens de mesure pouvant être utilisés pour évaluer chaque construit » (p. 78)¹¹. La colonne des circuits (entendus : neuronaux) est à la fois conçue comme centrale et rendue graphiquement centrale dans la matrice. La colonne des « paradigmes » est à part : elle ne constitue pas tant une unité d'analyse qu'une liste des types de recueil et d'échelle de mesure indiqués comme faisant référence pour le construit considéré.

Figure 1 - Extrait de la matrice des RDoC, domaine du système de valence négative

Domaines / Construits	Gènes	Molécules	Cellules	Circuits	Physiologie	Comportement	Mesures auto-reportées	Paradigmes
Système de valence négative								
Menace aiguë (« peur »)								
Menace potentielle (« anxiété »)								
Menace soutenue								
Perte								
Réaction à la non-récompense								

Source : traduction par Christophe Gauld et Steeves Demazeux (Cuthbert, 2014a)

Le NIMH liste à ce jour six domaines de recherche pour ses RDoC. Ils sont supposés représenter l'ensemble des systèmes du fonctionnement comportemental humain et ils structurent la matrice dans son ensemble : le système de la valence négative, celui de la valence positive, le système

¹¹ La liste des domaines, des construits et des unités d'analyse est pensée pour être évolutive et s'adapter au fil des résultats venus de la recherche ; le site du NIMH présente la matrice dans ses dernières mises à jour.

sensorimoteur, les systèmes cognitifs, le système des processus sociaux et enfin l'éveil et les systèmes de modulation. Chacun de ces domaines est décliné en construits, caractérisés par les mesures dans les unités d'analyse. Une cellule dans la matrice est donc définie par la rencontre d'une unité d'analyse et d'un construit. L'objectif des RDoC peut être vu comme étant de remplir l'ensemble des cellules.

Par exemple, dans les termes des RDoC, l'anxiété (conçue comme réponse à une menace potentielle) est pensée comme un des construits du système de la valence négative. Elle s'observe par une activation des noyaux du lit de la strie terminale (niveau des circuits neuronaux), une élévation du taux de l'hormone adrénocorticotrope et donc du taux de cortisol dans le sang (niveau physiologique), ou encore par un score élevé à la FNES (*Fear of Negative Evaluation Scale*, l'échelle de peur de l'évaluation négative, niveau psychométrique).

2. Les RDoC, les RDC et le rôle fondamental de la technique

Le projet des RDoC s'est structuré en réponse aux critiques visant le système diagnostique catégoriel du CIM/DSM, tout en maintenant une référence explicite (Cuthbert, 2015) à ce qui fit le succès du DSM-III, paru en 1980 : les *Critères Diagnostiques de la Recherche* (CDR, RDC en anglais). C'est précisément l'objet de l'ouvrage de Demazeux, *Qu'est-ce que le DSM ?* (2013), dans lequel il montre la manière dont le DSM-III a été pensé pour garantir la fiabilité des diagnostics psychiatriques, en réponse à un contexte critique pour la discipline. Cette fiabilité inter-juge, c'est-à-dire la répétabilité d'un diagnostic posé pour un-e même patient-e par différent-es médecins, a été garantie par le développement des CDR, mais aussi par celui d'algorithmes d'aide au diagnostic. Ainsi, le groupe de travail sur les CDR, financé par le NIMH, était composé notamment de Robert Spitzer, porteur du DSM-III auprès de l'APA mais aussi créateur d'un des premiers systèmes informatiques d'aide au diagnostic : DIAGNO. « Il vaut la peine de parcourir attentivement l'ordinogramme de DIAGNO, car on y exhume, pour ainsi dire, le squelette fossile du futur DSM-III. » (Demazeux, 2013, p. 83)

DIAGNO était un algorithme d'aide à la décision diagnostique. Le ou la médecin psychiatre répondait par oui ou non à une série de questions à partir de ses observations du ou de la patient-e, ce qui se traduisait algorithmiquement par un ensemble d'embranchements décisionnels, jusqu'à

tomber sur un diagnostic. Pour exister, un tel algorithme doit avoir été précédé du développement de critères permettant de distinguer différents diagnostics entre eux, c'est-à-dire de critères de diagnostics différentiels. Et cet exercice était déjà en place en psychiatrie, car poser un diagnostic *plutôt qu'un autre*, c'est-à-dire différencier entre deux troubles plutôt qu'identifier un trouble par ses caractéristiques propres, était alors fondamental pour la prise en charge des patient·e·s. C'est ce que montre le sociologue Nicolas Henckes (2019) dans son étude des infrastructures ayant déterminé le diagnostic de schizophrénie au cours du temps. Il explique ainsi comment, par l'évolution des infrastructures déterminant l'activité diagnostique de la psychiatrie, la conception du trouble psychique est passée d'une activité différentielle à une activité définitionnelle, précisément au moment du développement des CDR et du DSM-III. En effet, ce qui a été déterminant dans la conception des CDR, c'est l'élaboration de critères descriptifs des troubles *en eux-mêmes*, plutôt que par distinction avec les autres troubles.

Il y a donc deux éléments fondamentaux dans le développement du DSM-III : un type de raisonnement, inscrit dans DIAGNO et de nature algorithmique, et un type de descriptions, inscrit dans les CDR. Le raisonnement algorithmique était garant de la fiabilité des diagnostics, puisque l'« ordinateur va servir de modèle et bientôt de norme sur la voie de l'amélioration de la fiabilité diagnostique » (Demazeux, 2013, p. 74). Chaque embranchement de l'algorithme de DIAGNO fonctionne comme un critère décisionnel qui, de critère en critère, permet de classer le ou la patient·e dans une catégorie diagnostique spécifique sans ambiguïté. C'est le principe même de la manière dont le DSM-III sera structuré. Les CDR quant à eux ont fourni les critères décisionnels, et ont permis de caractériser de manière opérationnelle chaque trouble. Ainsi, de DIAGNO et des CDR au DSM-III il y a un fil méthodologique insécable, de telle sorte que le DSM-III *embarquait* une *rationalité* algorithmique spécifique.

Cette idée selon laquelle la technique embarque des valeurs est au cœur du concept de médiation technique chez le philosophe des techniques Peter-Paul Verbeek (2000, 2008). Quant à l'idée d'une rationalité qui serait inscrite dans « les conditions effectives de production et de reproduction de la "pensée" » (Goody, 1998, p. 7), ici sous la forme d'un manuel unifiant le savoir d'une discipline sous la forme d'une liste de critères, elle nous vient de l'anthropologue Jack Goody. Les techniques ne sont pas neutres, au contraire

elles déterminent des normes, des valeurs et des possibles, y compris cognitifs, et y compris en termes de connaissances (Record, 2013).

En ce sens et plus spécifiquement pour la psychiatrie, l'historien Hervé Guillemain (2020) montre que les techniques de soin utilisées au XX^e siècle sont intrinsèquement liées à l'évolution de l'organisation des institutions, dans des apports réciproques. Un travail similaire est fait par Henckes (2019) comme évoqué ci-dessus : les infrastructures dans lesquelles s'insèrent l'administration et le soin psychiatriques co-déterminent la conception des troubles psychiques qui y sont pris en charge. La philosophe de la psychiatrie Jennifer Radden (2003) a montré comment les innovations psychopharmacologiques ont contribué à une cartographie médicamenteuse (« *drug cartography* ») des catégories nosologiques et ont reconfiguré la manière de concevoir les troubles psychiques. Similairement, l'historien de la médecine Jean-Claude Dupont montre dans son ouvrage *Histoire de la neurotransmission* (1999) comment les découvertes en psychopharmacologie ont donné du poids à l'hypothèse de la neurotransmission chimique dans le débat chimique *versus* électrique sur les modalités de la transmission inter-neuronale. Ces différents exemples montrent combien les techniques que la psychiatrie déploie dans les soins et la recherche reconfigurent ses savoirs et hypothèses de travail. De la même manière, les techniques qu'elle emploie précisément pour structurer ses hypothèses et son savoir ne sont pas sans effet sur ceux-ci.

De ce fait, l'existence même de DIAGNO, dont la forme est par ailleurs intrinsèquement liée au foisonnement des tests psychométriques à la même époque, n'est pas sans rapport avec les CDR, donc avec le DSM-III, donc avec la conception catégorielle des troubles psychiques qu'il promeut. Si les CDR étaient adossés à l'usage croissant de l'ordinateur dans la recherche à partir des années 1960 et 1970, les RDoC s'adossent quant à eux à un ensemble de techniques de pointe : celles déployées dans les *Omiques* (caractérisation des données biologiques des individus à l'échelle génétique, protéique, épigénétique, etc.), celles de l'imagerie cérébrale, celles utilisées dans les sciences du comportement... Surtout, le traitement massif de ces très nombreuses données fait appel aux techniques de la psychiatrie computationnelle, si bien que les RDoC sont aujourd'hui intégrés dans le projet *All of Us* (Gordon, 2020), un projet de médecine de précision reposant sur le recrutement d'un million de citoyen-ne-s états-unien-ne-s et le recueil de nombreuses de

leurs données¹². D'après Christophe Gauld et ses collègues (2021), la psychiatrie computationnelle se caractérise par trois approches complémentaires : la *digital psychiatry*, la *big psychiatry*, et la *psychiatry modeling*. La première concerne le recueil de données directement via les objets connectés qui peuplent notre quotidien ; la deuxième concerne le traitement statistique de l'ensemble des données recueillies, biologiques ou médicales mais aussi numériques ; enfin, la troisième consiste à établir des hypothèses et modèles explicatifs, y compris au regard de ces données.

Les techniques de recueil et de traitement de données sont aux RDoC ce que les RDC étaient au DSM-III puisqu'elles fournissent ce qui constitue l'objectif épistémique des RDoC : leur validité descriptive, leur correspondance avec des objets naturels¹³. Par ailleurs, les RDoC, incarnés dans leur matrice, sont aussi un objet technique en eux-mêmes, caractérisé par une mise en forme graphique spécifique ayant un impact sur le type de données qui peuvent être intégrées dans le cadre de travail et sur les concepts associés au projet (Goody, 1998). Par exemple, le fait que la colonne des circuits neuro-naux soit au centre de la matrice n'est pas neutre et témoigne de la centralité conceptuelle de ces circuits dans l'ontologie que les RDoC proposent pour les troubles psychiques. La matrice est donc quant à elle ce que DIAGNO était au DSM-III : un type de raisonnement incarné techniquement et embarqué dans le cadre de travail.

Les RDoC sont, d'une certaine façon, un projet en phase avec l'air du temps : en mettant les nouvelles technologies au service des connaissances de la psychiatrie, ils homogénéisent ces dernières pour les faire entrer dans le cadre de la scientificité au sens contemporain et technologiquement soutenu,

¹² Dans le même ordre d'idée, Joshua A. Gordon (2023) annonce sur son blog de directeur du NIMH que l'institut lance une nouvelle initiative, nommée *Individually Measured Phenotypes to Advance Computational Translation in Mental Health* (IMPACT-MH), dont l'objectif est de financer des recherches en psychiatrie computationnelle au service de la psychiatrie de précision, en lien direct avec les RDoC. Voir aussi Ferrante et al. (2019) pour les liens entre RDoC et psychiatrie computationnelle.

¹³ Pour un exemple de la posture selon laquelle les troubles psychiques peuvent être conçus comme des objets naturels, voir Tsou (2016) ; pour la posture inverse, voir par exemple Zachar (2000). C'est un débat de philosophie de la psychiatrie, qui fait écho au débat entre naturalistes et normativistes en philosophie de la médecine (Giroux, 2010).

adossée à une forme d'objectivité historiquement située (Daston & Galison, 2010). Qu'ils soient dans l'air du temps a d'ailleurs un effet de bord qui affaiblit leur rigueur sur le plan méthodologique : le professeur de psychologie Scott O. Lilienfeld (2014) met bien en avant les limites posées par le système technique actuel et les méthodes qui le mettent en œuvre, limites qui sont d'après lui largement sous-évaluées par les tenants des RDoC. Parce que le type de mesures permis par l'attirail technologique, dont nous disposons aujourd'hui en biomédecine, est réputé valide, fiable et objectif, il est facile d'évacuer les incertitudes de mesure ou bien de faire passer des résultats pour valides malgré des méthodologies trop lâches. Par exemple, les mesures effectuées dans la recherche se montrent peu reproductibles, un problème dont l'initiateur des RDoC, Insel, a bien conscience puisqu'il publie sur le sujet avec Shitij Kapur et Anthony G. Phillips (2012), en attribuant ces difficultés aux méthodologies de recherche et au système de classification, les RDoC constituant alors une solution pour que la psychiatrie prenne le tournant de la précision.

C'est une démonstration assez claire de la contingence technique de ce qui est possible et souhaitable épistémiquement à une période de temps donnée (Record, 2013)¹⁴, de la force argumentative des nouvelles technologies et de l'économie de la promesse qu'elles sous-tendent (Pidoux, 2015), vectrices d'un type de scientificité socialement et historiquement située (Carnino, 2015). En effet, tout se passe comme si les nouvelles technologies disponibles allaient comme par magie résoudre tous les problèmes rencontrés par la psychiatrie, la précision n'étant pensée que comme une affaire de précision instrumentale. Pourtant, la psychiatrie est encore loin de pouvoir se revendiquer de la médecine de précision (Tabb, 2020), la recherche de biomarqueurs ne donnant que des biomarqueurs statistiques et pas mécanistiques, c'est-à-dire des biomarqueurs corrélés à des processus physiopathologiques mais dont on ignore le rôle étiologique (Tabb & Lemoine, 2021). Par ailleurs, ce type de recherche n'est pas nouveau malgré les rhétoriques et la sociologie de la nouveauté qui y sont aujourd'hui associées (Pickersgill, 2019) : Dupont

¹⁴ Dans son travail, Isaac Record traite des possibilités épistémiques d'un individu et non pas d'une communauté scientifique, mais il me semble que sur le point spécifique de la constitutivité technique de la possibilité épistémique, le propos est généralisable aux communautés.

(2021) montre que la recherche de biomarqueurs en psychiatrie a une histoire qui commence dès le XIX^e siècle.

Cependant, il y a peut-être quelque chose, sinon de spécifique, au moins de nouveau au XXI^e siècle : la disponibilité de machines pouvant traiter un nombre très conséquent de données. Ce possible technologique inédit, s'il s'accompagne d'un modèle théorique robuste permettant de produire une explication mécaniciste satisfaisante de la complexité en psychiatrie (Lemoine, 2016), pourrait engendrer, sinon un brouillage des frontières entre neurologie du comportement et psychiatrie, du moins un changement significatif dans le système diagnostique des troubles psychiques. Une telle évolution rabattrait l'explication clinique sur l'explication mécaniciste, et reconfigurerait sans aucun doute les activités de soin, tout comme les innovations techniques de soin du XX^e siècle ont reconfiguré la clinique psychiatrique (Guillemain, 2020).

3. Les trois postulats des RDoC, leur inscription technique et leurs limites en clinique

Le projet des RDoC est caractérisable par les techniques qu'il mobilise, lesquelles déterminent ses hypothèses et concepts. Pour autant, s'agissant d'un projet de re-conceptualisation des troubles psychiques, les RDoC sont porteurs d'enjeux épistémologiques qui ont fait l'objet de la grande majorité des publications à leur sujet. L'objectif de cette section est de dégager trois postulats épistémologiques sur lesquels reposent les RDoC, rendus visibles par ses sept piliers (Cuthbert & Insel, 2013 ; Morris et al., 2022) tout en montrant qu'ils sont directement issus des technologies qui les caractérisent. Ce faisant, nous chercherons à dégager les limites du projet en clinique, qui sont souvent pointées du doigt. En effet, si les RDoC sont porteurs de beaucoup de promesses pour la recherche en psychiatrie, nous verrons qu'ils se heurtent à la pluralité des pratiques dans le soin, que leur cadre technologique ne permet pas d'intégrer.

3.1. Présupposé ontologique : le réductionnisme matérialiste

Les RDoC reposent d'abord sur un présupposé ontologique concernant la nature fondamentale de la psyché humaine (Parnas, 2014). L'hypothèse initiale, forte et largement assumée, est de « [conceptualiser] les maladies mentales comme des maladies du cerveau » (Insel et al., 2010), reprise

dans le pilier 1. Cette phrase d’Insel et ses collègues est sans doute celle qui a le plus fait couler d’encre dans la mesure où elle rabat très explicitement la psychiatrie sur la neurologie, ou à la rigueur sur les neurosciences. Si elle peut laisser entendre qu’il s’agit avant tout d’un parti pris conceptuel et donc d’ordre explicatif seulement, d’autres déclarations d’Insel et de membres de l’équipe des RDoC laissent penser que le positionnement est aussi d’ordre ontologique, ou du moins qu’un doute est permis à ce sujet. Ainsi, les philosophes Luc Faucher et Simon Goyer (2016), en mobilisant notamment les travaux de Kenneth Kendler, montrent bien que les RDoC sont *en principe* un projet compatible avec le pluralisme explicatif, de telle sorte qu’il serait qualifiable de réductionnisme « fragmentaire » ou « tolérant », mais « qu’en dépit du fait que les facteurs environnementaux sont mentionnés dans les documents officiels du RDoC, les formes les plus frustes de réductionnisme continuent à dominer dans les documents destinés à l’éducation du public » (p. 139). Les RDoC se cantonnent aux explications biologiques et « ne tien[nen]t pas compte de la signification que les sujets accordent à certains événements ou à leurs croyances » (p. 140).

Il y a là un double présupposé réductionniste, parfois peu explicite : d’une part ontologique, et d’autre part explicatif, le premier semblant entraîner logiquement le second. Des auteurs comme Faucher et Boyer (2016) ou encore Lilienfeld (2014) ont montré l’erreur logique qui consiste à déduire le réductionnisme explicatif du réductionnisme ontologique. Que la cognition humaine soit ontologiquement médiée par le cerveau — un positionnement discuté mais qui fonde les principes du projet — produirait, dans les RDoC, un glissement logique qui ne retiendrait plus que les explications et causes biologiques des troubles psychiques.

De fait, la matrice à deux dimensions du RDoC ne fait pas référence à des éléments de vie ou des facteurs psychosociaux qui pourraient être la cause de changements dans les circuits neuronaux, ou encore à l’évolution des symptômes dans le temps. Lilienfeld (2014, p. 132) explique ainsi qu’« en principe, un état [*condition*] psychologique pourrait être largement déclenché par des facteurs psychosociaux, tels que des abus physiques ou sexuels durant l’enfance. Bien que cet état fût bien sûr médié par la circuiterie cérébrale, son étiologie serait en premier lieu environnementale. » En réponse à Lilienfeld, Cuthbert (2014b, p. 141) précise notamment que :

[...] malheureusement, la matrice à deux dimensions des RDoC s'est avérée être une figure incontournable, suggérant qu'elle représente le concept des RDoC dans son intégralité ; en fait, leur réel cadre de travail a toujours été considéré comme une matrice à quatre dimensions qui inclut les effets environnementaux et les aspects neuro-développementaux (en plus des domaines / construits et des unités d'analyse).

Mais le fond du présupposé reste le même : les RDoC promeuvent un pluralisme explicatif et un réductionnisme tolérant de façade, mais semblent s'en tenir à une approche du trouble psychique centrée sur les causes et médiations biologiques vidées de leur signification. Cela est dû directement aux techniques qu'ils promeuvent et qui sont dédiées au recueil de données biologiques, neurologiques, et comportementales au sens de la mesure objective, ce qui limite la portée d'un éventuel pluralisme. Et cela n'est pas sans conséquence sur les soins : si le sens tel qu'il est vécu subjectivement n'importe plus car ne s'insérant pas dans la matrice, alors l'approche thérapeutique devient centralement une affaire de remédiation cognitive (Moutaud, 2022) et de traitements biologiques, avec un recul de l'approche psychothérapeutique¹⁵.

Pourtant, les RDoC ne constituent pas une révolution biologique soudaine dans le champ de la psychiatrie — les tentatives de ramener la psychiatrie vers la neurologie ou la biologie ne sont pas nouvelles (Dupont, 2021 ; Grenouilloux, 2019 ; Le Quang & Gansel, 2016). Ils constituent un outil et un cadre parmi d'autres pour favoriser l'émergence de nouvelles connaissances à ce sujet. L'originalité du projet réside dès lors dans une remise en cause de l'approche catégorielle des troubles psychiques.

3.2. Présupposé conceptuel : l'approche dimensionnelle

C'est donc ensuite un présupposé conceptuel qui caractérise les RDoC plus singulièrement dans le champ de la recherche en psychopathologie. Le projet propose une approche par dimensions plutôt que par catégories. Dans ce cadre, les troubles psychiques sont repensés comme des dysfonctionnements dans les fonctions identifiées — c'est-à-dire dans les construits. Chaque construit se caractérise par un continuum, avec des variations en quantité dans son exécution fonctionnelle. Un trouble psychique serait donc

¹⁵ Voir les travaux de sociologie de Lise Demailly et ses collègues (2021) au sujet du déclin des psychothérapies dans la clinique psychiatrique.

identifiable à une signature-type de dysfonctionnements de certains construits. Chaque individu aurait son propre profil cognitif, mesurable pour chaque construit, et dire qu'il présente une pathologie renverrait à des mesures considérées comme pathologiques par voies statistiques dans son fonctionnement général. Les soins pourraient alors être axés fonction par fonction, et le rétablissement mesuré par le retour à des valeurs normales dans l'ensemble des construits : c'est précisément l'objet de la remédiation cognitive, dont l'anthropologue Baptiste Moutaud (2022) examine les conséquences dans la reconfiguration de la prise en charge de la schizophrénie.

Toutefois, cette approche dimensionnelle n'implique pas *per se* le réductionnisme ontologique et explicatif évoqué ci-dessus. Par exemple, dans la CIM-11, les troubles de la personnalité sont désormais présentés en termes de dimensions et non plus de catégories, mais sans référence à des substrats biologiques ou neurologiques (Lorette & Lucchelli, 2022). L'objectif des soins passe alors de la disparition des symptômes structurant un trouble de la personnalité particulier (approche catégorielle) à l'établissement d'un équilibre fonctionnel de la personnalité générale de l'individu, qui lui permettra un épanouissement individuel et interindividuel (approche dimensionnelle).

Une telle approche, appliquée dans la clinique, peut avoir pour conséquence de ne plus considérer le diagnostic comme une activité de labellisation préalable à la mise en place des parcours de soin¹⁶ ; lesquels viseraient spécifiquement les fonctions identifiées comme pathologiques chez l'individu. Or, recevoir un label, en tant que patient-e, a des effets directs sur la perception de soi (auto-stigmatisation) et sur sa place sociale (stigmatisation), ce qui conduit les personnes à éviter le diagnostic et peut entraîner une faible adhésion aux soins (Ben-Zeev et al., 2010 ; Corrigan, 2004 ; Link, 1987). À l'inverse, l'accent que les RDoC mettent sur l'inscription neurologique des troubles conduit à une plus faible stigmatisation : « les patients qui attribuent leur

¹⁶ Les psychiatres Frédéric Advenier et Vassilis Kapsambelis (2013) montrent combien les évolutions récentes du système de soin français (dans son organisation institutionnelle et économique) ont contribué à structurer les pratiques soignantes autour du diagnostic. Une analyse similaire est proposée par le philosophe Xavier Briffault (2013). La manière dont les RDoC pourraient s'insérer dans l'administration de la clinique reste donc questionnable puisqu'elle est aujourd'hui structurée par une approche catégorielle ramenée à un code diagnostique à insérer dans un logiciel, et qui détermine ensuite le parcours de soin des patient-e-s.

condition à des facteurs génétiques ou neurologiques ont tendance à se sentir moins blâmables pour celle-ci » (Faucher & Goyer, 2016, p. 143). L'explication neurologique, permise par l'usage de certaines techniques telles que l'IRM, remodèle la perception que les patient·e·s ont d'elles et d'eux-mêmes et de leur maladie, de telle sorte que les techniques utilisées pour diagnostiquer ont ensuite un impact direct sur les soins (Pickersgill, 2021).

L'originalité des RDoC est indissociablement portée par son présupposé ontologique et son présupposé conceptuel. Cette rencontre s'incarne dans la méthodologie qu'ils promeuvent.

3.3. Présupposé méthodologique : la psychiatrie translationnelle

Le projet des RDoC étant un projet qui sert de support à la recherche, ses principes sont avant tout incarnés par la méthodologie qu'il encadre (son cadre de travail, *framework*), structurée par les piliers mentionnés plus haut. L'ensemble de ces piliers est explicite concernant le type de scientificité auquel les RDoC voudraient conformer la psychiatrie et sur laquelle doit reposer la validité de leurs construits : approche par la donnée, médecine fondée sur les preuves, appui à de nouvelles pratiques de recherche (incluant de plus en plus explicitement les approches computationnelles : Ferrante et al., 2019 ; Gordon, 2020 ; Sanislow et al., 2019)... Il s'agit d'une approche de la psychiatrie dite translationnelle, qui vise à amener les connaissances issues des neurosciences dans la compréhension de l'étiologie des troubles psychiques « afin d'apporter des solutions au ralentissement de l'innovation thérapeutique en psychiatrie » (Pidoux, 2015, p. 628). L'approche translationnelle fait une référence directe à la traduction (*to translate*) : elle doit permettre une conversion de résultats de la recherche fondamentale en des applications pratiques directes (Arrondo et al., 2019). Pourtant, les membres de l'équipe des RDoC passent sous silence les processus par lesquels le projet pourrait s'insérer dans la clinique psychiatrique¹⁷, comme si des résultats

¹⁷ L'article de Cuthbert (2014a) censé nous apprendre comment « faciliter la transition de la CIM et du DSM vers des approches dimensionnelles qui intègrent les neurosciences et la psychopathologie » évoque les difficultés qui peuvent être rencontrées pour les praticien·ne·s et surtout pour le design de la recherche, mais les solutions proposées semblent vouloir faire des RDoC un système d'autorité (Markon, 2013) puisque le propos est essentiellement d'encourager de quitter les construits du CIM/DSM pour mobiliser ceux des RDoC, sans indication sur les enjeux

probants suffiraient à le faire advenir de lui-même. C'est un point aveugle des RDoC et il est pourtant central dans leur objectif : comment traduire des résultats d'un type de recherche dans une pratique clinique caractérisée par sa pluralité ?

Un exemple de réponse est fourni par Gordon (2020) dans un billet sur son blog de directeur du NIMH, écrit à l'occasion des dix ans des RDoC. L'approche par la psychiatrie computationnelle et l'insertion des RDoC dans un projet d'envergure en médecine de précision, *All of Us*, sont censées garantir le passage vers l'utilité clinique de la recherche promue par les RDoC. Une solution par la technique, donc : avec la *Big Psychiatry*, le projet pourra advenir dans la clinique puisqu'il suffit de multiplier les données pour que le projet soit un succès. Les discours technologiques sont ici mobilisés dans une économie de la promesse déjà présente au lancement des RDoC — promesses qui, après dix ans, n'ont pas encore été tenues, ce qui soulève des questionnements quant au bien-fondé d'accorder autant de fonds publics au projet (Phillips, 2014).

La question de la faisabilité opératoire apparaît également au sujet des méthodes intégratives promues par les RDoC. En psychothérapie, il est question d'approche intégrative lorsqu'un·e même clinicien·ne se forme à différentes approches, parfois sous-tendues par des théories incompatibles, de manière à disposer d'une large palette d'outils au service du soin des patient·e·s (Bachelart, 2017). Là encore, le rapport à la pratique clinique est prégnant, avec un souci plus pragmatique et adaptatif que ne le voudrait une approche telle que celle portée par les RDoC qui visent à produire une explication homogène d'un concept de trouble psychique unifié. En fait d'intégration, le projet admet uniquement des méthodes de recherche qui s'appuient sur un postulat méthodologique fort : ne seront prises en compte que les données à des niveaux observables, selon des mesures considérées comme valides.

Ainsi, plutôt que de faire advenir une forme de pluralité des données pour progresser vers une compréhension de la complexité multi-niveaux propre à la psychiatrie (Lemoine, 2016), les RDoC ne permettent de tenir compte que de données normées techniquement. Au contraire, la méthode intégrative ne présume pas du type de données qu'il est pertinent de considérer, et permet de mobiliser plusieurs approches et de naviguer entre

institutionnels ou organisationnels, par exemple. L'approche demeure donc très internaliste.

différentes classifications, au service du soin des patient-e-s. Cette pluralité des approches permet de traiter d'autres facettes des troubles psychiques — par exemple de questionner le sens que les patient-e-s produisent au sujet de leur souffrance — et mobilisent ainsi d'autres approches du soin : celles issues de la psychanalyse, de la psychothérapie institutionnelle, de la phénoménologie clinique, de l'ethnopsychiatrie...

Ainsi, le cadre de travail dont ont été dotés les RDoC les contraint et réduit leur portée potentielle. Parce que leur objectif serait d'unifier la psychiatrie dans un cadre jugé valide, ils excluent de fait des techniques qui mobilisent des pans complets de ce qui constitue aujourd'hui sa pluralité, ce qui contribue à renforcer les clivages internes à la discipline. La matrice des RDoC ne peut intégrer que certaines données, sa raison graphique (Goody, 1998) contraignant les données dans une rationalité industrielle¹⁸. Les RDoC nuisent au pluralisme épistémologique qui constitue à la fois la pratique clinique et une condition du progrès scientifique (Markon, 2013). L'ensemble témoigne de l'importance d'un élément rarement mis en lumière dans la structure de la connaissance psychiatrique : les technologies qui la supportent, et la dotent ainsi de normes.

4. Conclusion

Les *Research Domain Criteria* ont été lancés par le NIMH en 2010, et se sont bien insérés dans le portefeuille des recherches financées par l'Institut. Ils constituent un projet éminemment technologique. En encourageant la mobilisation de technologies de pointe dans le recueil de données et d'approches computationnelles dans leur traitement, ils entendent fournir les bases dont la psychiatrie aurait besoin pour prendre le tournant de la médecine de précision. Une telle rhétorique basée sur la technique a deux effets : invisibiliser ce que la technique *fait* à la psychiatrie, en la réduisant à un moyen pour faire advenir un futur souhaitable, et ainsi invisibiliser la manière dont s'intriquent techniques et enjeux épistémologiques. Pourtant, la

¹⁸ Les historiens des techniques Lisa Caliste et Guillaume Carnino (2021) définissent l'industrialisation comme le moment où « un phénomène technique croît quantitativement au point de changer de nature », ce qui s'applique aux RDoC dans la mesure où la croissance du nombre de données considérées a contraint un changement dans leur nature, adossée à une certaine vision de l'objectivité historiquement située (Daston & Gallison, 2010).

manière même dont sont structurés les RDoC, par les méthodes qu'ils promeuvent et par la matrice dans laquelle s'insèrent les résultats obtenus, contraint le concept de trouble psychique qu'ils défendent, et par là les discussions à son sujet.

Ainsi, les débats qui entourent le projet, fondé sur une ontologie matérialiste de l'esprit et sur une conceptualisation des troubles psychiques en termes de dysfonctionnements quantitatifs dans des dimensions comportementales structurées par des construits, sont indissociables des technologies qui structurent le projet. Si les RDoC se caractérisent surtout par une méthodologie se voulant computationnelle, translationnelle et intégrative, celle-ci se trouve limitée par la vision de la scientificité et de l'objectivité dans laquelle s'insère le projet et les technologies supposées idoines du fait de cette vision. Les technologies qui structurent les connaissances dont le projet pourrait se faire le porte-étendard sont porteuses de valeur en termes de scientificité qui limitent le vœu pieux d'une méthode qui serait réellement intégrative en psychopathologie, de telle sorte que le projet des RDoC n'est pas aussi novateur qu'il prétend l'être.

Il serait toutefois injuste de prendre à la légère le projet en le réduisant à une énième tentative de réductionnisme en psychiatrie : il est le signe de mutations intra- et extra-disciplinaires profondes et progressives, dont il convient de tenter de retracer les trajectoires historiques, tant en ce qui concerne les nosologies en psychiatrie qu'en ce qui concerne les dispositifs technologiques sur lesquelles elles s'appuient. L'existence des RDoC s'explique en bonne partie du fait de ces transformations, qui font émerger ou renouvellent un ensemble de questions tout à la fois d'ordre conceptuel, technique, épistémique, social, économique, politique, ou encore institutionnel. Si les RDoC ne sont pas en tant que tels une véritable méthode intégrative pour la psychopathologie, peut-être convient-il de les étudier de manière intégrative comme un objet au cœur de systèmes en mutation. Ces mutations sont le reflet des transformations conceptuelles régulières qui affectent le trouble psychique comme objet disciplinaire et contribuent à de progressives reconfigurations des soins, de telle sorte les technologies auxquelles sont adossés les RDoC contribueront certainement, à terme, à la reconfiguration de la clinique psychiatrique, que le projet nosologique en tant que tel aboutisse ou non. C'est ce que présage l'intérêt croissant porté à la psychiatrie computationnelle et à ses différentes méthodes tout autant que les travaux portant sur

les enjeux institutionnels et sociopolitiques des classifications et neurosciences en psychiatrie. L'objectif de cet article — dont la proposition gagnerait sans doute à être complétée empiriquement — était de proposer des éléments en faveur d'une pensée de la technique dans la clinique et la recherche psychiatriques, venant précisément étayer les travaux qui visent à faire apparaître la complexité systémique qui entoure la discipline.

Remerciements

Ce texte doit beaucoup aux retours de deux reviewers anonymes ainsi qu'à Mathilde Lancelot et Xavier Guchet, coordinatrice et coordinateur de ce dossier. Je leur adresse mes sincères remerciements.

Références

- ADVENIER Frédéric & KAPSAMBELIS Vassilis (2013), « Le diagnostic psychiatrique à l'ère de la médecine industrielle », *Topique*, vol. 123, n° 2, p. 7-22.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition (DSM-5)*.
- ARRONDO Gonzalo, BARRETT Nathaniel F., GÜELL Francisco, BERNACER Javier & MURILLO José I. (2019), « Techne and Episteme: Challenges for a Fruitful Translation Between Neuroscience and Psychiatry », dans Pascual A. GARGIULO & Humberto L. MESONES ARROYO (éds.), *Psychiatry and Neuroscience Update. From Translational Research to a Humanistic Approach – vol. III*, Cham, Springer Nature, p. 83-97.
- BACHELART Maximilien (2017), « L'approche intégrative en psychothérapie. Entre tentative de déradicalisation des thérapeutes et invitation à la rencontre », *Psychothérapies*, vol. 37, n° 3, p. 171-181.
- BEN-ZEEV Dror, YOUNG Michael A. & CORRIGAN Patrick W. (2010), « DSM-V and the Stigma of Mental Illness », *Journal of Mental Health*, vol. 19, n° 4, p. 318-327.
- BRIFFAULT Xavier (2013), « Le processus de construction de l'esprit malade et de sa maintenance à l'ère de l'*Evidence-Based Mental Medicine* », *Topique*, vol. 123, n° 2, p. 23-40.

- CALISTE Lisa & CARNINO Guillaume (2022), « Qu'est-ce que l'industrie ? Qualité, territoires et marchés sur la longue durée », *Artefact*, vol. 17, p. 219-242.
- CARNINO Guillaume (2015), « Conclusion. Mythologie scientifique et exclusion politique », *L'invention de la science. La nouvelle religion de l'âge industriel*, Paris, Seuil, p. 257-269.
- CORRIGAN Patrick (2004), « How Stigma Interferes with Mental Health Care », *American Psychologist*, vol. 59, n° 7, p. 614-625.
- CUTHBERT Bruce N. (2014a), « The RDoC Framework: Facilitating Transition from ICD/DSM to Dimensional Approaches that Integrate Neuroscience and Psychopathology », *World Psychiatry*, vol. 13, n° 1, p. 28-35. Traduction en français par Christophe GAULD & Steeves DEMAZEUX : « Le cadre de travail des RDoC : faciliter la transition de la CIM et du DSM vers des approches dimensionnelles qui intègrent les neurosciences et la psychopathologie », *Annales médico-psychologiques*, vol. 179, n° 1, p. 75-85, 2021.
- CUTHBERT Bruce N. (2014b), « Response to Lilienfeld (*sic*) », *Behaviour Research and Therapy*, vol. 62, p. 140-142.
- CUTHBERT Bruce N. (2015), « Research Domain Criteria: Toward Future Psychiatric Nosologies », *Dialogues in Clinical Neuroscience*, vol. 17, n° 1, p. 89-97.
- CUTHBERT Bruce N. & INSEL Thomas R. (2010), « Toward New Approaches to Psychotic Disorders: The NIMH Research Domain Criteria project », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 36, n° 6, p. 1061-1062.
- CUTHBERT Bruce N. & INSEL Thomas R. (2013), « Toward the Future of Psychiatric Diagnosis: The Seven Pillars of RDoC », *BMC Medicine*, vol. 126, n° 11, <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/1741-7015-11-126>, consulté le 25 novembre 2022.
- DASTON Lorraine & GALISON Peter (2010), *Objectivity*, Princeton, Princeton University Press.
- DEMAILLY Lise, HALIDAY Héloïse & HUM Pierre (2021), « Évolutions du soin en psychiatrie publique en France : l'hypothèse du déclin des psychothérapies », *Perspectives Psy*, vol. 60, n° 4, p. 394-404.
- DEMAZEUX Steeves (2013), *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*, Paris, Ithaque.

- DEMAZEUX Steeves & KEUCK Lara (2023), « Comment peut-on être précis les yeux fermés ? », dans Christophe GAULD, Steeves DEMAZEUX & Élodie GIROUX (éds.), *Promesses et limites de la psychiatrie de précision. Enjeux pratiques, épistémologiques et éthique*, Paris, Hermann, p. 201-230.
- DEMAZEUX Steeves & PIDOUX Vincent (2015), « Le projet RDoC. La classification psychiatrique de demain ? », *Médecine/Sciences*, vol. 31, n° 8-9, p. 792-796.
- DUPONT Jean-Claude (1999), *Histoire de la neurotransmission*, Paris, Presses universitaires de France.
- DUPONT Jean-Claude (2021), « La psychiatrie est-elle soluble dans les nanobiotechnologies ? Le cas des biomarqueurs », *L'information psychiatrique*, vol. 97, n° 2, p. 133-140.
- FAUCHER Luc & GOYER Simon (2016), « Le *Research Domain Criteria* (RDoC), le réductionnisme et la psychiatrie clinique », *Revue de synthèse*, 6^e sér., vol. 137, p. 117-149.
- FERRANTE Michele, REDISH A. David, OQUENDO Maria A., AVERBECK Bruno B., KINNANE Megan E. & GORDON Joshua A. (2019), « Computational Psychiatry: A Report from the 2017 NIMH Workshop on Opportunities and Challenges », *Molecular Psychiatry*, vol. 24, n° 4, p. 479-483.
- GAULD Christophe, DUMAS Guillaume, FAKRA Éric, MATTOUT Jérémie & MICOULAUD-FRANCHI Jean-Arthur (2021), « Les trois cultures de la psychiatrie computationnelle », *Annales médico-psychologiques*, vol. 179, n° 1, p. 63-71.
- GIROUX Élodie (2010), *Après Canguilhem. Définir la santé et la maladie*, Paris, Presses universitaires de France.
- GOODY Jack (1977), *The Domestication of the Savage Mind*, Cambridge (UK), Cambridge University Press. Traduction française par Jean BAZIN et Alban Bensa : *La raison graphique*, Paris, Les éditions de minuit, 1979.
- GORDON Joshua A. (2020), « RDoC at Ten Years – Part 2: The Next Ten Years », Director's Messages, *Site du NIMH*, <https://www.nimh.nih.gov/about/director/messages/2020/rdoc-at-ten-years-part-2-the-next-ten-years>, consulté le 24 avril 2023.
- GORDON Joshua A. (2023), « Making an IMPACT on Precision Medicine in Psychiatry », Director's Messages, *Site du NIMH*, <https://www.nimh>.

- nih.gov/about/director/messages/2023/making-an-impact-on-precision-medicine-in-psychiatry, consulté le 12 mai 2023.
- GRENOUILLOUX Armelle (2019), « La neuronisation de la psychiatrie : éternel retour du mythe ? », *Multitudes*, vol. 75, n° 2, p. 91-101.
- GUILLEMAIN Hervé (2020), « Les effets secondaires de la technique. Patients et institutions psychiatriques au temps de l'électrochoc, de la psychochirurgie et des neuroleptiques retard (années 1940-1970) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, vol. 67, n° 1, p. 62-88.
- HENCKES Nicolas (2019), « Schizophrenia Infrastructures: Local and Global Dynamics of Transformation in Psychiatric Diagnosis-Making in the Twentieth and Twenty-First Centuries », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 43, n° 4, p. 548-573.
- HYMAN Steven E. (2010), « The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification », *Annual Review of Clinical Psychology*, vol. 6, n° 1, p. 155-179.
- INSEL Thomas R., CUTHBERT Bruce, GARVEY Marjorie, HEINSEN Robert, PINE Daniel S., QUINN Kevin, SANISLOW Charles & WANG Philip (2010), « Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders », *American Journal of Psychiatry*, vol. 167, n° 7, p. 748-751.
- KAPUR Shitij, PHILLIPS Anthony G. & INSEL Thomas R. (2012), « Why Has It Taken So Long for Biological Psychiatry to Develop Clinical Tests and What to Do About It? », *Molecular Psychiatry*, vol. 17, n° 12, p. 1174-1179.
- KENDLER Kenneth S. & PARNAS Josef (éds.) (2012), *Philosophical Issues in Psychiatry. II: Nosology*, Oxford, Oxford University Press.
- KENDLER Kenneth S. & PARNAS Josef (éds.) (2017), *Philosophical Issues in Psychiatry. IV: Classification of Psychiatric Illness*, Oxford, Oxford University Press.
- LEMERLE Sébastien & MOUTAUD Baptiste (2020), « Ce que les neurosciences (re)font à la psychiatrie », *Savoir/Agir*, vol. 52, n° 2, p. 45-52.
- LEMOINE Maël (2016), « Molecular Complexity: Why Has Psychiatry Not Been Revolutionized by Genomics (Yet)? », dans Giovanni BONIOLO & Marco J. NATHAN (éds.), *Philosophy of Molecular Medicine Foundational Issues in Research and Practice*, Londres, Routledge, p. 81-99.

- LE QUANG Gauthier & GANSEL Yannis (2016), « Le projet RDoC, catalyseur d'une révolution scientifique en psychiatrie ? », *Psychiatrie, Sciences humaines, Neurosciences*, vol. 14, n° 3, p. 31-42.
- LILIENFELD Scott O. (2014), « The Research Domain Criteria (RDoC): An Analysis of Methodological and Conceptual Challenges », *Behaviour Research and Therapy*, vol. 62, p. 129-139.
- LINK Bruce G. (1987), « Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectation of Rejection », *American Sociological Review*, vol. 52, n° 1, p. 96-112.
- LLORA Pierre-Michel & LEBOYER Marion (2023), « Psychiatrie de précision : enjeux et perspectives », dans Christophe GAULD, Steeves DEMAZEUX & Élodie GIROUX (éds.), *Promesses et limites de la psychiatrie de précision. Enjeux pratiques, épistémologiques et éthique*, Paris, Hermann, p. 45-64.
- LORETTE Adrien & LUCHELLI Juan Pablo (2022), « Présentation de la nouvelle classification internationale des maladies (CIM-11) », *L'information psychiatrique*, vol. 98, n° 6, p. 426-434.
- MARKON Kristian E. (2013), « Epistemological Pluralism and Scientific Development: An Argument Against Authoritative Nosologies », *Journal of Personality Disorders*, vol. 27, n° 5, p. 554-579.
- MOUTAUD Baptiste (2022), « Entraîner les cerveaux schizophréniques. Idéaux et valeurs de l'autonomie des neurosciences », *Terrain*, vol. 76, p. 64-83.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (2008), *Strategic Plan*, 46 pages.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, « *About Research Domain Criteria* », <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/about-rdoc>, consulté le 15 octobre 2022.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2019), *Classifications internationales des maladies et des problèmes de santé connexes, 11^e édition (CIM-11)*.
- PARNAS Josef (2014), « The RDoC Program: Psychiatry Without Psyche? », *World Psychiatry*, vol. 13, n° 1, p. 46-47.
- PHILLIPS James (éds.) (2009), *Philosophical Perspectives on Technology and Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press.

- PHILLIPS Michael R. (2014), « Will RDoC Hasten the Decline of America's Global Leadership Role in Mental Health? », *World Psychiatry*, vol. 13, n° 1, p. 40-41.
- PICKERSGILL Martyn (2012), « Standardising Antisocial Personality Disorder: The Social Shaping of a Psychiatric Technology », *Sociology of Health & Illness*, vol. 34, n° 4, p. 544-559.
- PICKERSGILL Martyn (2019), « Psychiatry and the Sociology of Novelty: Negotiating the US National Institute of Mental Health "Research Domain Criteria" ("RDoC") », *Science, Technology, & Human Values*, vol. 44, n° 4, p. 612-633.
- PICKERSGILL Martyn (2021), « A Consideration on the Social Dimensions and Implications of Neuroimaging Research in Global Health, as Related to the Theory-Laden and Theory-Generating Aspects of Technology », *NeuroImage*, vol. 236, art. n° 118086.
- PIDOUX Vincent (2015), « Classer autrement pour mieux soigner. Les promesses des neurosciences psychiatriques translationnelles », *Comptes rendus Biologies*, vol. 338, n° 8-9, p. 627-633.
- RECORD Isaac (2013), « Technology and Epistemic Possibility », *Journal for General Philosophy of Science*, vol. 44, p. 319-336.
- SANISLOW Charles A., FERRANTE Michele, PACHECO Jennifer, RUDORFER Matthew V. & MORRIS Sarah E. (2019), « Advancing Translational Research Using NIMH Research Domain Criteria and Computational Methods », *Neuron*, vol. 101, n° 5, p. 779-782.
- TABB Kathryn (2020), « Should Psychiatry Be Precise? Reduction, Big Data and Nosological Revision in Mental Health », dans Kenneth S. KENDLER, Josef PARNAS & Peter ZACHAR (éds.), *Levels of analysis in psychopathology: Cross-disciplinary perspectives*, Cambridge (UK), Cambridge University Press, p. 308-334.
- TABB Kathryn & LEMOINE Maël (2021), « The Prospects of Precision Psychiatry », *Theoretical Medicine and Bioethics*, vol. 42, p. 193-210.
- TSOU Jonathan Y. (2016), « Natural Kinds, Psychiatric Classification and the History of the DSM », *History of Psychiatry*, vol. 27, n° 4, p. 406-424.
- VERBEEK Peter-Paul (2000), *De daadkracht der dingen: Over techniek, filosofie en vormgeving*, Amsterdam, Boom Publishers. Traduction anglaise par Robert P. CREASE : *What Things Do: Philosophical Reflections on*

Technology, Agency and Design, University Park, The Pennsylvania State University Press, 2005.

VERBEEK Peter-Paul (2008), « Morality in Design: Design Ethics and the Morality of Technical Artifacts », dans Peter KROES, Pieter E. VERMAAS, Andrew LIGHT & Steven A. MOORE (éds.), *Philosophy and Design. From Engineering to Architecture*, Dordrecht, Springer Nature, p. 91-103.

ZACHAR Peter (2000), « Psychiatric Disorders Are Not Natural Kinds », *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, vol. 7, n° 3, p. 167-182.

Présentation de l'auteur

Elodie Gratreau est doctorante au laboratoire « Connaissance Organisation et Systèmes techniques » (COSTECH) de l'université de technologie de Compiègne depuis octobre 2020. Ses recherches portent sur la manière dont les techniques qu'emploie la psychiatrie ont un effet sur le concept de trouble psychique, en particulier tel qu'il se donne à voir dans les classifications psychiatriques. Elle travaille plus spécifiquement sur le projet des *Research Domain Criteria* et les techniques qui y sont promues structurellement.