

Philosophie et psychiatrie

A. Plagnol, B. Pachoud

Résumé : Le champ philosophie et psychiatrie a émergé à partir des années 1990. Ses problèmes fondateurs – corps et esprit, norme et pathologie, objectivité et subjectivité, etc. – peuvent être formulés en s'appuyant sur la distinction entre compréhension et explication introduite en psychiatrie par Karl Jaspers. Initialement marquée par la philosophie de l'esprit, cette « nouvelle » philosophie de la psychiatrie, sous l'impact de la complexité des troubles mentaux, a évolué vers un pragmatisme mettant l'accent sur ce qui peut rendre compte des pratiques cliniques concrètes. Les conceptions naturalistes, en accord avec les courants les plus dynamiques des sciences cognitives, rejoignent aujourd'hui les analyses phénoménologiques qui insistent sur l'importance du monde vécu, ainsi que le montre l'exemple de l'abord des syndromes délirants. Cependant, les limites principales de l'apport des neurosciences cognitives à la psychiatrie ont aussi été mises en exergue. Par ailleurs, les failles de l'evidence-based medicine [médecine fondée sur les données éprouvées] quant à la prise en compte des trajectoires singulières des personnes ont suscité l'émergence de nouvelles approches des soins qui attestent de la portée de la philosophie de la psychiatrie pour l'ensemble des disciplines soignantes. Quelques lignes de force de ces approches alternatives peuvent être dessinées autour de l'éthique du prendre soin (care), de la perspective du rétablissement (recovery), de la clinique narrative et de la clinique fondée sur les valeurs, de l'exploration des mondes subjectifs.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots-clés : Monde subjectif ; Philosophie ; Prendre soin

Plan

■ Introduction	1
■ Une distinction première	2
Explication et compréhension	2
Problèmes fondateurs	2
Quel modèle médical pour la psychiatrie ?	3
■ Impact des neurosciences cognitives et leur critique philosophique	4
Vers le pragmatisme	4
Paradigme du délire : de l'analyse naturaliste à la phénoménologie	5
Neurosciences cognitives et phénoménologie	6
■ De l'evidence-based medicine aux nouvelles approches du soin	6
« Evidence-based medicine », logon didonai et maladie	7
Idéal du cure et éthique du care	7
Parcours de rétablissement	8
Clinique narrative	8
Clinique fondée sur les valeurs	9
« Mental travel » et univers subjectif	9
■ Conclusion	10

■ Introduction

Plus encore peut-être que les autres branches de la médecine, la psychiatrie ne peut manquer de rencontrer des questions fon-

datrices pour sa scientificité et son exercice clinique, telles que celles des rapports du corps et de l'esprit, de la nature de la conscience, de la relation à autrui, de la liberté, etc. Réciproquement, de multiples branches de la philosophie sont questionnées par l'existence des troubles mentaux, à l'impact immédiat pour toute éthique de la condition humaine. Les échanges entre philosophie et « médecine de l'âme » sont donc aussi anciens que ces deux disciplines, et l'on peut sans peine faire remonter la tradition de ces échanges à l'Antiquité.

Si l'on se limite à la psychiatrie moderne, son abord philosophique a été longtemps dominé par la phénoménologie^[1], ainsi que par diverses critiques « sociopolitiques »^[2, 3]. Cependant, un champ philosophie et psychiatrie a émergé comme tel à partir de la fin des années 1990, porté d'abord par la philosophie analytique, avant de rencontrer certains des courants les plus dynamiques de la phénoménologie^[4].

Sans pouvoir évoquer ici les riches développements actuels de traditions comme la phénoménologie « classique », nous présentons cette philosophie de la psychiatrie qui s'est constituée comme une discipline spécifique à partir des années 1990, prenant soin d'ailleurs de s'affirmer comme « philosophie et psychiatrie »^[5]. Nous n'avons pas pour ambition de cartographier de façon exhaustive ce domaine et nous nous limitons à cibler quelques thématiques significatives.

Nous prenons pour point de départ la célèbre distinction entre compréhension et explication, introduite pour l'abord des troubles mentaux par Karl Jaspers^[6], et qui surplombe encore aujourd'hui les débats en philosophie de la psychiatrie^[5, 7, 8], ce qui nous permet de mettre en relief quelques problèmes

fondateurs. Nous abordons ensuite les deux paradigmes qui commandent à notre époque la réflexion sur la psychiatrie, à savoir la confrontation aux neurosciences et le privilège accordé à la méthodologie *evidence-based* [« fondée sur les données éprouvées »] en médecine, en développant quelques aspects de leur critique philosophique. Celle-ci, convergeant en règle avec leur critique clinique, a contribué à faire émerger de nouvelles perspectives pour les soins, et ceci bien au-delà de la psychiatrie : comme nous allons le voir, la philosophie de la psychiatrie a un impact sur l'ensemble des disciplines soignantes et contribue ainsi à réinstaller la psychiatrie au cœur de la médecine.

Cependant, nous devons en préambule insister sur un point : comme tout ce qui relève de la pratique philosophique, la philosophie de la psychiatrie importe avant tout pour la qualité du questionnement qu'elle génère. La démarche philosophique est d'abord et essentiellement mise à l'épreuve des concepts, exercice raisonné du doute, capacité à s'étonner (ainsi que Platon et Aristote y insistaient déjà). Une telle démarche n'est-elle pas précieuse en psychiatrie, domaine où les dogmes ont pu parfois mettre à mal l'expérience clinique ? Nous espérons que le parcours proposé ci-dessous mettra en relief la fécondité d'un tel questionnement.

■ Une distinction première

L'ouvrage de Karl Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie* [Psychopathologie générale], dont la première édition parut en 1913, est considéré comme inaugural tant pour l'approche phénoménologique en psychiatrie que pour la philosophie analytique appliquée à cette discipline. De cette œuvre, il est avant tout retenu aujourd'hui la distinction entre *explication* et *compréhension*.

Explication et compréhension

La distinction entre explication et compréhension a été introduite par Wilhem Dilthey pour éclairer les différences de méthodologie entre sciences de la matière (*Naturwissenschaften*) et sciences de l'esprit (*Geisteswissenschaften*) (in ^[9]).

- Les sciences de la matière, s'appuyant sur un recueil objectif de faits, tel qu'il est formalisé par la méthode expérimentale, permettraient une explication par des lois causales, générales et abstraites, valant pour tous les phénomènes partageant les récurrences réglées par ces lois.
- Les sciences de l'esprit (ou « sciences sociales »), telles l'histoire ou la psychologie, relèveraient d'une méthode par compréhension des structures significatives de l'expérience, susceptible d'appréhender les *raisons* des événements mentaux ou sociaux, d'en articuler les connexions de sens en une histoire cohérente et de restituer un monde singulier, subjectif ou sociohistorique.

Ainsi, selon une formule célèbre de Dilthey, « nous expliquons la nature, mais nous comprenons la vie psychique ». Alors que l'explication causale, visant à l'objectivité, requiert en principe la neutralité de l'observateur, la compréhension du sens de l'expérience subjective relève toujours d'une interprétation pour accéder aux représentations, aux objets intentionnés, au monde unique constitué dans cette expérience. Or l'interprétation survient elle-même toujours déjà sur fond de représentations, c'est-à-dire du monde de l'observateur lui-même, qui définit d'avance un horizon de compréhension, comme tout le courant de l'herméneutique y insistera.

Selon Jaspers, l'abord des troubles mentaux devrait associer la compréhension à l'explication. D'un côté les troubles mentaux, en tant que maladies, c'est-à-dire en tant qu'entités naturelles associées à des régularités causales, relèveraient de l'explication biologique ; de l'autre, un trouble mental, en tant qu'il met en jeu de façon essentielle la vie subjective, appelle à la compréhension d'un individu unique avec son monde vécu (*Lebenswelt*) tel qu'il l'appréhende dans sa conscience et déjà le constitue.

Mais comment rendre scientifique la compréhension d'autrui (et peut-être déjà de soi-même) ? La vie mentale se présente par des comportements dont les *raisons* dépendent d'un réseau d'unités de sens associées pour constituer un monde, plus

ou moins unifié, sur le fond duquel se détermine la signification subjective que prend un événement (par exemple, ce qui fait d'un deuil la raison chez l'individu X d'une dépression). Dès lors, la compréhension relève de capacités d'identification intersubjective et sa qualité dépend d'autres critères que ceux admis pour l'explication causale : cohérence et complétude de la restitution du monde vécu, vivacité, concrétude, profondeur, étendue, richesse, dynamique, etc.

En fait, Jaspers insiste sur les limites principielles à la compréhension d'autrui ^[10].

- Le monde vécu et les objets intentionnels qui le constituent transcendent toujours l'expérience observable.
- Le monde vécu se comprend à partir de ses éléments constitutifs, mais la réciprocité est vraie – par exemple un objet est perçu seulement sur fond d'un monde d'expérience (« cercle herméneutique »).
- Il existe toujours une pluralité d'interprétations relativement aux données observables : l'expérience manifeste (paroles, gestes, récits de rêves, etc.) ne détermine pas le monde intérieur.
- L'interprétation est toujours inachevée, ouverte, susceptible d'être réfutée par de nouveaux phénomènes, et ce d'autant que la liberté du sujet est source créative d'expériences pouvant déborder toute norme préétablie.
- Les conditions de possibilité de la compréhension, à commencer par la conscience, échappent elles-mêmes à la compréhension, celle-ci ne pouvant que se situer à l'intérieur des conditions de constitution du monde.
- Enfin, et ceci serait essentiel pour la psychiatrie, les troubles mentaux sévères peuvent être irréprésentables pour autrui (par exemple, le clinicien) et ses schèmes de représentation, donc les comportements des sujets qui les présentent, peuvent être ininterprétables et leur monde impénétrable. Pour Jaspers ce serait le cas des délires primaires, en particulier lors de processus schizophréniques. L'irrationalité, i.e. l'absence de *raison* représentable d'un tel syndrome, rendrait un tel état inaccessible à la compréhension et ne resterait alors que la possibilité d'une explication causale.

Problèmes fondateurs

Même si la distinction entre compréhension et explication a été remise en question, comme nous allons y revenir, elle reste la pierre de touche de la philosophie de la psychiatrie contemporaine. En effet, les problèmes fondateurs de cette discipline peuvent s'articuler autour de cette distinction.

Corps et esprit

Admettre que la psychiatrie est à la fois science de la nature et science de l'esprit, n'est-ce pas reconnaître la double dimension de l'être humain, à la fois corps et esprit ? Autrement dit, l'opposition entre explication et compréhension est liée au problème souvent jugé le plus critique pour la psychiatrie, celui des relations entre corps et esprit ^[11] (p. 9). Tout abord des troubles mentaux est obéré par les réponses putatives apportées à ce problème, de tels troubles pouvant à l'extrême être réduits à des perturbations somatiques, ou au contraire, manifester l'expression de la liberté subjective portée par un esprit autonome (et les aléas de cette liberté), une infinité de positions plus nuancées étant possible.

Dans le contexte de la philosophie analytique de l'esprit, dont la philosophie de la psychiatrie a subi ici l'influence, un véritable mantra a longtemps été de surmonter le « dualisme cartésien », la crainte du « fantôme dans la machine » ^[12] conduisant à réfuter toute hypostase d'un esprit qui fonctionnerait indépendamment du cerveau. En particulier, nombre de travaux se sont consacrés à la naturalisation des états intentionnels (typiquement désirs et croyance), c'est-à-dire ce qui relevait pour Jaspers de la compréhension, pour tenter de ramener ces états dans la sphère des explications causales.

Dans un tel cadre, les troubles mentaux ont souvent été mobilisés, soit pour montrer l'intérêt de tel ou tel procédé de naturalisation par la fécondité de ses applications, soit au contraire pour en marquer les limites – car bien des théories *armchair* se sont révélées fragiles au filtre de la rencontre clinique.

Le souci de prendre en compte toute la complexité de la vie mentale éclaire les résurgences fréquentes d'une forme de dualisme chez nombre d'auteurs qui revendiquent pourtant de s'en affranchir. Ainsi, Kendler, se proposant de dessiner une structure philosophique pour la psychiatrie [13], rejette le dualisme « cartésien » tout en affirmant l'impératif pour la psychiatrie de se fonder sur la prise en compte du monde mental, la puissance causale de celui-ci devant même être pleinement reconnue.

Conscience et inconscience

Pour Jaspers ce qui relève de la compréhension est le monde vécu, donné dans l'intentionnalité qui se manifeste à travers la conscience. Dès lors, l'analyse des structures de la conscience constituant l'expérience est déterminante pour l'abord des troubles mentaux. Prolongeant une riche tradition phénoménologique, la philosophie de la psychiatrie contemporaine a ouvert de nouvelles voies pour une telle analyse, en s'appuyant sur des outils conceptuels précis forgés en philosophie de l'esprit, relatifs aux vécus des sensations (*qualia*), à la nature des émotions, à l'attribution des états mentaux, à la différence entre métacognition et conscience...

Cependant, ce qui relève de la compréhension ne semble pouvoir se limiter à l'horizon de la conscience. À l'évidence l'univers subjectif déborde très largement ce qui se manifeste dans la « fenêtre de présence » au monde et met en jeu les contenus inconscients d'une mémoire dynamique [14, 15]. Dès lors, un enjeu crucial pour la psychiatrie est celui de la conception des rapports de la conscience et des phénomènes inconscients. En particulier, si l'inconscient biologique relève de l'explication, il n'en est pas de même d'un inconscient cognitif, dynamique, ou psychanalytique, ce qui peut étendre formidablement le champ relevant de la compréhension, mais aussi accroître à proportion les difficultés principielles d'accès scientifique à la vie psychique dans les troubles mentaux.

Norme et pathologie

La compréhension d'un monde subjectif comporte nécessairement une dimension normative – en particulier, la saisie de ce qui fait sens chez une personne soignée dépend du filtre de la raison du clinicien, avec son système de représentations qui détermine son propre monde, infiltré de normes sociales et culturelles.

Si le monde de l'autre reste compréhensible, à partir de quels critères un état pathologique peut-il être défini, par exemple quelle limite est franchie lorsque l'on passe de la tristesse réactionnelle « normale » à la dépression, ou de l'anxiété mobilisatrice au trouble anxieux ? Ou si autrui est assez étrange pour être considéré comme privé de raison, une telle rupture de sens ne relève-t-elle que d'une causalité biologique ? Un tel rejet hors de la compréhension ne manifeste-t-il pas bien plutôt les limites d'une raison excédée ? Foucault a mis en exergue dans un ouvrage fameux la passion de l'exclusion inhérente à la raison [2] – celle-ci ne repousse-t-elle pas nécessairement ce qui dépasse l'horizon dessiné par ses catégories ?

Les questions normatives se condensent dans le problème de la définition des troubles mentaux, qu'il s'agisse de leur définition générale – avec déjà le problème de les désigner comme tels plutôt qu'en tant que « maladies mentales », « troubles psychiques », « aliénation », « neurodifférences »... – ou de la définition de telle ou telle classe de troubles (e.g., les « psychoses », les « addictions », etc.), ou encore de tel ou tel trouble (e.g., la/les « dépression[s] », la/les « schizophrénie[s] », etc.). La légitimation des principes organisateurs d'une nosographie est au cœur d'une littérature colossale dont le centre de gravité aujourd'hui encore est le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) américain [16, 17]. Nous ne pouvons que renvoyer ici aux ouvrages spécialisés sur ces thématiques [18, 19]. Mentionnons simplement l'importance accordée aujourd'hui à la normativité intrinsèque des sujets humains dont les effets sur les catégories diagnostiques, et réciproquement, ont été fortement mis en relief (e.g., le *looping effect* [20], l'effet narratif [21], etc.). L'intervention de plus en plus percutante des mouvements d'usagers, par exemple pour remettre en cause des dénominations

estimées stigmatisantes comme celle de « schizophrénie » [22, 23], pourrait d'ailleurs venir bientôt bouleverser les fondations des nosographies.

Objectivité et subjectivité

La psychiatrie peut-elle rejoindre la démarche d'objectivation supposée fonder la science, basée sur les faits observables et reproductibles (*evidence*), analysables par des designs expérimentaux où chaque facteur peut être contrôlé, mesuré, intégré dans des lois générales ?

De fait, la « psychiatrie compréhensive » semble cumuler les obstacles épistémologiques en admettant qu'un trouble mental met en jeu de façon essentielle une expérience subjective unique, une histoire singulière inscrite dans une mémoire dynamique, une totalité aussi complexe qu'inalysable en facteurs, une liberté porteuse d'une normativité débordant toute tentative de prise. De plus, les difficultés d'objectivation s'élevèrent à une puissance supérieure s'il faut rendre compte de l'intersubjectivité dynamique de la relation soignant-soigné, celle-ci pouvant sembler cruciale pour les soins.

Ainsi la dualité compréhension/explication est le reflet direct d'un dilemme au cœur de la psychiatrie : soit son abord des troubles mentaux, pour assurer l'objectivité, se réduit à l'explication causale sur le modèle des sciences de la nature, soit elle tente de rencontrer la subjectivité, mais ne paraît alors pouvoir fonder objectivement ses pratiques. Comme nous allons le voir, de multiples voies pour surmonter ce dilemme ont émergé de la philosophie de la psychiatrie contemporaine.

Quel modèle médical pour la psychiatrie ?

Depuis ses origines, la psychiatrie est appelée à se positionner au sein de la médecine, donc à se confronter au modèle médical dominant. Aujourd'hui, deux dogmes commandent ce modèle et son application à la psychiatrie, l'un de nature ontologique, l'autre de nature méthodologique :

- les disciplines médicales hors la psychiatrie se fondent sur la biologie, donc la psychiatrie doit se fonder sur la biologie ; l'organe affecté étant le cerveau, la psychiatrie est à fonder sur les neurosciences ;
- la médecine doit être scientifique ; la médecine scientifique aujourd'hui est *evidence-based*, donc la psychiatrie ne peut être qu'*evidence-based*.

Ces deux dogmes sont souvent associés selon un matérialisme implicite, soit par a priori ontologique (« seule la matière existe »), soit par a priori épistémologique (« seule la matière est observable, donc connaissable »). Ne sont alors considérés comme données scientifiques que les faits matériels, tout autre type de donnée étant réputé lié à des valeurs ou « social ».

Lorsque l'on adopte ces deux dogmes, une solution limpide peut être proposée aux quatre types de problèmes fondationnels (cf. supra) : l'esprit est éliminable au profit du cerveau, la conscience n'est qu'un épiphénomène, les maladies mentales sont des catégories naturelles définies par des types d'altérations cérébrales, et la connaissance exige l'objectivité *evidence-based* [24, 25]. Dès lors, tout trouble qui ne serait pas catégorisable comme maladie organique devrait être laissé hors du champ de la psychiatrie — éventuellement confié à la psychologie (de rares auteurs, tel Berrios [26], envisagent à l'inverse que la psychiatrie ne soit plus une discipline médicale.)

Cependant, les versions nettement plus sophistiquées de ces dogmes qui sont soutenues en philosophie, avec le souci de relever les défis soulevés par la complexité de la clinique, ont fait apparaître la nécessité de dissocier ontologie et méthodologie. Murphy distingue ainsi un modèle médical « fort », qui repose sur le dogme ontologique (explication des troubles mentaux par les neurosciences), et un modèle médical « minimal » que l'on peut faire correspondre avec le dogme épistémologique [27, 28]. Comme nous allons le voir, le pragmatisme qui prévaut aujourd'hui tend à privilégier le modèle minimal, même si les limites de celui-ci ouvrent aussi tout un champ de nouvelles perspectives.

■ Impact des neurosciences cognitives et leur critique philosophique

Selon l'interprétation forte du modèle médical proposée par Murphy, les troubles mentaux sont causés par des altérations cérébrales.

- Les neurosciences cognitives offrent une théorie des *fonctions cérébrales*, la vie mentale étant conceptualisée comme le produit du système de traitement de l'information que serait le système nerveux (une perspective évolutionniste est volontiers mobilisée pour étayer une telle conception).
- En se fondant sur les neurosciences cognitives, la psychiatrie serait la discipline appelée à expliquer les défaillances des fonctions cérébrales : les maladies mentales sont conçues comme des *dysfonctions* biologiques.
- Les structures dysfonctionnelles expliquent *causalement* les troubles observés. La psychiatrie deviendrait ainsi une science « mature », si l'on admet que l'explication causale est au cœur de la démarche scientifique en rendant compte des phénomènes observés tout en permettant d'en prédire de nouveaux.

En particulier, une classification des maladies mentales devrait reposer sur l'exhibition des structures causales pathogènes, comme le programme Research Domain Criteria (RDoC) du National Institute of Mental Health (NIMH) en offrirait l'horizon, les critères RDoC visant à redéfinir ces maladies à partir d'altérations des circuits cérébraux [29]. Le DSM, en revanche, mélangerait des critères « sociaux » à des critères scientifiques en associant en règle la notion de détresse ou d'altération des capacités à celle de dysfonction [16, 17].

Murphy souligne que le modèle médical fort n'est pas nécessairement réductionniste [28]. En effet, le cerveau, de par ses fonctions de traitement de l'information, serait aussi un organe psychologique et social. Une explication compatible avec ce modèle peut donc en principe impliquer tous les niveaux « neurocognitifs », des mécanismes moléculaires aux niveaux psychologiques les plus sophistiqués, y compris « externalisés », c'est-à-dire mettant en jeu des facteurs sociaux et culturels.

Cette influence des neurosciences en psychiatrie a suscité de multiples analyses critiques [26, 30-32]. Il a été ainsi souvent pointé les dogmes sous-jacents, la minceur des résultats empiriques confirmés, les failles des raisonnements tenus – typiquement l'activation de tel circuit neuronal, simple corrélation d'une dimension symptomatique observée pour une série limitée de patients, est avancée comme ayant une valeur explicative.

Toutefois, la version réductionniste des neurosciences cognitives est peu défendue aujourd'hui : les philosophes qui ont cautionné la perspective des neurosciences pour fonder la psychiatrie, ont eu pour souci de relever le défi de rendre compte du psychisme dans un cadre naturaliste sans en occulter la complexité.

Vers le pragmatisme

Sans prétendre restituer le riche corpus des efforts critiques qui se sont poursuivis dans le cadre d'un abord naturaliste de la psychiatrie, nous précisons ci-dessous quelques axes qui ont structuré cet abord.

Naturalisation de l'intentionnalité et complexité multiprocessuelle

La naturalisation des états mentaux, enjeu majeur de la philosophie de l'esprit et de la confrontation de la phénoménologie aux sciences cognitives [33, 34], a inspiré nombre de travaux en philosophie de la psychiatrie. Bolton et Hill [8] ont ainsi remis en question la frontière tracée entre compréhension et explication, ou entre raisons et causes. Selon ces auteurs, les états intentionnels, donc les raisons ou les contenus de sens (*meaning*), peuvent être des causes sans se réduire à la causalité biologique. Cependant, le sens est réputé « codé dans le cerveau » et l'intentionnalité serait en dernier ressort explicable par sa fonction biologique. Ainsi un

cadre naturaliste est proposé pour une causalité psychologique, les troubles mentaux étant considérés comme des perturbations du système causal intentionnel.

Bolton soulignera finalement l'échec de décennies de recherches quant à réduire les troubles mentaux à des causes biologiques [35]. Bien plutôt, ce qui ressort est la complexité des causes interagissantes dans la genèse d'un trouble mental, chacune ayant de « petits effets », ainsi que la multiplicité des processus qui peuvent conduire des causes aux conséquences (*outcome*).

Espèces naturelles et validité plurielle

La notion d'espèce naturelle (*natural kind*), importante en philosophie des sciences, a permis de spécifier les enjeux classificatoires de la naturalisation des troubles mentaux [36-38]. Une espèce naturelle – par exemple, l'eau en tant qu'H₂O – est fondée sur un noyau de régularité causale, reflétant la structure réelle du monde, indépendamment de toute représentation. Les troubles mentaux sont-ils des espèces naturelles ou s'agit-il d'entités construites, associées à des normes sociales ?

Zahar a proposé une réponse anti-essentialiste : les troubles mentaux seraient surtout des *practical kinds*, c'est-à-dire que le type de réalité définissant un trouble mental, sans être arbitraire, dépend des critères retenus, eux-mêmes liés à des considérations pragmatiques [37, 38]. De multiples critères existeraient quant à la validité des catégories de troubles mentaux (*validity pluralism*), et la pondération de ces critères serait évolutive, contextuelle, dépendante de valeurs sociales. Postuler une réalité ontologique sous-jacente aux troubles mentaux serait inutile, la construction de *practical kinds* suffisant aux buts d'une discipline pratique comme la psychiatrie, à savoir la prédiction à partir de récurrences observables et des interventions efficaces selon les finalités poursuivies.

Cooper développe initialement une position plus réaliste que Zahar [36], puis réduit elle-même la notion de *natural kind* en psychiatrie à de simples récurrences observables (*repeatables*) pour adopter aussi une position pragmatique sur les bénéfiques/risques des classifications [21].

Causalité transniveaux et plurisortale

Une autre thématique centrale de la philosophie des sciences, l'analyse de la causalité, a exercé une influence importante sur l'approche naturaliste de la psychiatrie et sa critique.

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître qu'en règle un trouble mental est issu d'interactions complexes entre facteurs s'exerçant à de multiples niveaux, de la génétique moléculaire aux interactions sociales [13, 28]. Aucun niveau ne serait fondamental, les processus pathologiques seraient causalement hétérogènes, impliquant notamment des interactions entre facteurs « internes » et environnement ; de plus, les niveaux interfèrent entre eux et les explications devraient donc être *transniveaux* [39] – par exemple, vulnérabilité génétique et expériences de perte peuvent intervenir conjointement dans le déclenchement d'une dépression [11, 13].

Campbell remet même en cause la notion de hiérarchie de niveaux, qui serait le résidu d'une approche « mécaniciste » de la causalité privilégiant tel ou tel niveau de compréhension pour rendre raison des phénomènes [40, 41]. Pour cet auteur, s'inscrivant dans la tradition de Hume, les relations causales reflètent de simples corrélations observables dans la nature, sans raison a priori qui les fonde. Dès lors des variables de tout type peuvent exercer un rôle causal dans les troubles mentaux, dont l'explication est en règle *plurisortale* (*many-sorted*). En particulier, rien ne s'oppose à ce que des états intentionnels au niveau « personnel » exercent des effets causaux, sans que l'on ait à exiger la « compréhension » d'une telle causalité.

En fait, Campbell s'appuie sur la conception « interventionniste » de la causalité, en plein essor aujourd'hui en philosophie des sciences. Pour une perspective interventionniste, affirmer que A est facteur causal de B, c'est affirmer qu'une intervention sur A fait une différence pour B (par exemple, dire que l'insomnie est facteur causal de la dépression, c'est dire qu'une intervention sur l'insomnie tel un traitement fait une différence pour la dépression). Pour une telle approche, comprendre/expliciter un trouble

mental revient simplement à déterminer le meilleur ensemble de variables qui puisse servir de *control panel* (« tableau de bord ») pour assurer les meilleures prédictions relatives à ce trouble et les meilleures interventions quant aux fins poursuivies.

Paradigme du délire : de l'analyse naturaliste à la phénoménologie

Complexité *multiprocessuelle*, validité plurielle, causalité trans-niveaux, *multisortalité*, etc., l'émergence de ces notions atteste de l'évolution de la philosophie naturaliste de la psychiatrie vers un pragmatisme soucieux de ne pas occulter la complexité de la réalité clinique.

En accord avec cette orientation, il est fréquemment observé que la philosophie de la psychiatrie contemporaine préfère renoncer à (tenter de) répondre aux grandes questions métaphysiques de type corps-esprit, au profit d'approches ciblées de problèmes cliniques spécifiques ^[42, 43] (5, p. 3). Restituer la richesse de cette philosophie demanderait donc de rentrer dans le détail des éclairages qu'elle propose pour les dépressions, addictions, troubles de la personnalité, troubles obsessionnels, schizophrénies, troubles autistiques, etc.

Nous nous *limitons* à évoquer l'exemple de l'analyse des syndromes délirants qui a reconduit au dialogue avec la phénoménologie, évolution paradigmatique de la nécessité qui s'est imposée d'un tel dialogue pour affronter la complexité des troubles mentaux.

Trois difficultés

Dans le cadre naturaliste, le délire a d'abord été analysé en règle de façon « doxastique », c'est-à-dire considéré comme une *attitude de croyance*, état intentionnel relevant du niveau « personnel », supposé dépendre des niveaux subpersonnels relatifs aux strates cognitives non conscientes et/ou « être réalisé » par un état cérébral. Sauf à être réputée dénuée de contenu, une idée délirante a ainsi été envisagée comme une croyance pathologique, le trait définitionnel principal étant l'insensibilité aux données contraires et à l'argumentation rationnelle (en accord avec la notion classique de conviction délirante).

Cependant, une analyse doxastique des syndromes délirants soulève une série de difficultés.

- L'irrationalité apparente d'une croyance délirante semble heurter les principes fondateurs de l'interprétation « sensée » des états intentionnels (c'est-à-dire, qui leur attribue un contenu/*meaning*) ^[44]. En effet, dans le cadre de la philosophie analytique, il est largement admis qu'une attribution de croyance ne peut se faire que sur présomption de rationalité, en accord avec le « principe de charité » de Davidson ^[45]. Sur quelle base attribuer une croyance, si celle-ci atteste de l'absence de raison (*ratio/logos*) commune susceptible de la fonder ? Si l'on veut relever le défi soulevé par Jaspers quant à la compréhension d'un délire primaire, suffit-il d'admettre qu'il s'agit d'une réponse rationnelle à une expérience inhabituelle, elle-même liée à une perturbation cérébrale, comme le soutiennent les tenants d'une approche « empiriste » (ou « *bottom-up* ») du délire ^[46, 47] ? Selon Campbell ^[48], il faut au contraire qu'une croyance de base soit déjà modifiée pour rendre compte du sens pathologique attribué à une expérience, mais une telle approche « rationaliste » (ou *top-down*) du délire n'est-elle pas elle-même en difficulté pour expliquer l'altération d'une croyance de base par un dysfonctionnement organique ?
- L'hétérogénéité des syndromes délirants conduit à la multiplication des hypothèses *ad hoc* si le niveau neurologique est supposé causal. Certains types de délire – syndrome de Capgras, syndrome de Cotard, syndrome d'*alien control* des mouvements qui s'observe parfois dans la schizophrénie – ont suscité des modèles sophistiqués, mais les altérations neurologiques supposées les sous-tendre sont très spécifiques, outre que leur fréquence réelle est faible. De plus, ces modèles sont généralement à la peine pour rendre compte de l'ensemble des symptômes associés au délire (par exemple, pour rendre compte du tableau mélancolique dans lequel s'intègre un syndrome de Cotard).

- Rendre compte de la *spécificité* d'une thématique délirante à partir d'une altération neurocognitive supposée soulève un défi redoutable pour une approche naturaliste, car la thématique délirante semble relever par essence de contenus de sens (*meaning*) irréductiblement liés à l'histoire du sujet et à son monde. Par exemple, dans un délire de Capgras, comment expliquer que le sujet considère spécifiquement tel ou tel proche – le plus souvent son/sa conjoint/conjointe – comme un imposteur et non ses autres proches ? Ou pourquoi le président **Schreber** se transforme-t-il en femme par l'intervention d'« ombres d'hommes bâclés à la six-quatre-deux » ^[49] ? Quelle altération d'un module ou d'un circuit cérébral, ou même d'une fonction cognitive, serait assez spécifique pour déterminer une thématique aussi personnelle ?

Deux facteurs ?

Ces difficultés ont conduit nombre d'auteurs à se rallier à la théorie des « deux facteurs », combinant approche *bottom-up* et approche *top-down* ^[50]. La genèse d'un syndrome délirant impliquerait d'une part une expérience anormale – par exemple en raison d'une saillance aberrante par dysrégulation dopaminergique ^[51] –, induisant l'émergence d'une croyance pathologique initiale, d'autre part une rationalisation erronée qui maintiendrait cette croyance malgré son implausibilité. Alors que le premier facteur correspondrait à une altération cérébrale spécifique, le second facteur pourrait être commun à l'ensemble des délires, et la zone frontale droite a été évoquée comme substrat possible.

Cependant, la variété clinique des délires et la persistance du problème de la spécificité ont conduit à des modulations variées de cette théorie, qui s'appuient sur des analyses complexes de la formation des croyances et de leur maintien, en mobilisant des outils développés en psychologie expérimentale, philosophie de l'esprit, neuropsychologie ou neuropsychiatrie, tout en enrichissant en retour les modèles utilisés dans ces disciplines ^[47, 52-54].

De façon générale, les modèles naturalistes du délire, s'ils apportent de stimulantes analyses conceptuelles, restent ancrés dans le dogme de type jaspérien de l'explication causale subpersonnelle. Certes, Kendler et Campbell affirment que les progrès des neurosciences permettent de combler le fossé entre compréhension et explication en étendant notre appréhension de l'impact des dysfonctions cérébrales sur la vie mentale (*explanation-aided understanding*) ^[7], mais comme ils le reconnaissent, nous ignorons tout de la façon dont un *pattern* spécifique d'activité neuronale pourrait coder un type spécifique d'expérience mentale. Les hypothèses de déficit neurobiologique doivent être multipliées pour rendre compte de l'hétérogénéité des délires, tandis que les réponses apportées au problème de la spécificité restent imprécises, échouant à donner véritablement sens (*making sense*) à une croyance délirante au sein d'un monde subjectif.

Réalités multiples et monde délirant : retour à la phénoménologie

Nombre d'auteurs se sont montrés soucieux d'intégrer apports des sciences neurocognitives et approche phénoménologique pour mieux comprendre les syndromes délirants.

Ainsi, Gallagher, après avoir soutenu une théorie *bottom-up*, donne une orientation « externaliste » et « existentialiste » à son approche ^[55], se référant à Heidegger et Merleau-Ponty, ainsi qu'au cadre de la cognition incarnée (*embodied cognition*) : au-delà des processus neurocognitifs qui peuvent être altérés, le sujet délirant, toujours déjà immergé dans un univers, doit être considéré avec l'ensemble de ses connexions affectives, sociales et environnementales. Dès lors, assumant qu'un sujet délirant vit en partie dans un autre monde, Gallagher s'appuie sur la notion de *réalités multiples*, introduite par William James, pour proposer un cadre susceptible de porter des explications causales au niveau personnel.

L'importance accordée au monde vécu est en fait une aire privilégiée d'échanges entre conceptions naturalistes du délire et analyses phénoménologiques acceptant le dialogue avec les neurosciences cognitives. Dans cette perspective, ces analyses ont

surtout insisté sur les mutations profondes de l'expérience qui précèdent l'entrée dans le monde délirant, dont l'altération de l'*ipséité* – c'est-à-dire le noyau du Soi, préréflexif, qui sous-tend le sentiment d'exister en tant que sujet unifié [56, 57] – et le *disembodiment*, c'est-à-dire l'altération de la corporalité subjective en interaction avec le monde [58, 59].

Dès lors que les bases fondamentales de l'expérience vacillent dans un processus délirant, un tel processus ne pourrait se réduire à l'altération de croyances ou de capacités à attribuer des états mentaux (« théorie de l'esprit ») [60]. Ces approches phénoménologiques peuvent tenir compte de modèles comme celui de la saillance émotionnelle, mais leur apport montre que l'entrée dans un monde délirant permet au sujet de donner sens aux altérations primaires de l'expérience [61].

Ainsi l'expérience délirante est rendue compréhensible et même explicable, y compris de façon causale, autrement que par des déficits neurocognitifs [57, 62]. Par ailleurs, même si un syndrome délirant peut manifester une altération radicale des structures de l'expérience, un tel syndrome met en jeu des ressources multiples, ce dont témoigne par exemple l'*hyperréflexivité paradoxale* [56]. Sass insiste sur la conservation de registres majeurs de l'expérience ordinaire (*double bookkeeping*) et sur les multiples modes d'expérience de la réalité rencontrés chez une même personne délirante [60, 62], rejoignant ainsi la notion de réalités multiples de Gallagher [55].

Neurosciences cognitives et phénoménologie

Les conceptions naturalistes du délire ont donc évolué pour rejoindre les analyses phénoménologiques qui insistent sur l'importance du monde vécu, constitué dans l'expérience, éminemment subjectif et intersubjectif. De façon générale, la philosophie naturaliste de la psychiatrie a suivi une telle évolution en accord avec les courants les plus dynamiques des sciences cognitives.

De la neurophénoménologie à la cognition 4E

Les relations entre neurosciences cognitives et phénoménologie ont fait l'objet de travaux approfondis, admettant la complémentarité de ces deux paradigmes, même si de multiples nuances peuvent qualifier celle-ci [34, 63]. Très schématiquement, la phénoménologie est considérée comme susceptible d'enrichir l'apport des neurosciences par l'éclairage qu'elle propose sur la structure de l'expérience subjective, tandis que les neurosciences mettraient en évidence des contraintes pesant sur l'esprit dont la phénoménologie aurait à tenir compte.

L'analyse de l'intersubjectivité offre un exemple de ces enrichissements mutuels : d'une part, la phénoménologie a mis en évidence les limites des concepts neurocognitifs mobilisés classiquement pour une telle analyse (e.g., théorie de l'esprit, *mindreading*, etc.) ; d'autre part, certains concepts issus des sciences cognitives ont conduit à préciser les analyses phénoménologiques, par exemple en affinant la distinction entre intersubjectivité primaire et intersubjectivité secondaire, dont l'incidence est notable pour la psychopathologie [30, 59, 64].

Certains, dans le sillage de Varela [65], se sont proposés de développer une *neurophénoménologie*, visant à intégrer étude de l'expérience humaine et neurosciences. Sans s'inscrire nécessairement dans ce programme, nombre d'auteurs se réfèrent aux affordances de Gibson et à la phénoménologie de la perception de Merleau-Ponty pour souligner que la conscience est toujours déjà incarnée (*embodied*), engagée (*embedded*) dans un monde, étendue (*extended*) et énative (*enacted*), en accord avec les principes de la *4E Cognition* [66] (la conception « étendue » de l'esprit considère que celui-ci s'étend au monde extérieur, certains processus cognitifs impliquant des entités *extracérébrales* telle une mémoire externe ; la conception « énative » insiste sur la façon dont l'esprit fonctionne en interaction vivante avec l'environnement). Dans ce cadre, il ne s'agit donc plus de considérer des représentations inscrites dans un cerveau, mais un cerveau/esprit en interaction constante avec le monde physique et social en tant qu'espace d'affordances toujours déjà disponibles. Une telle conception, en offrant un horizon où semble pouvoir se dissiper la dualité

corps/esprit, trouve un terrain d'application privilégié en psychopathologie [30, 66].

Un dialogue critique

Nombre de phénoménologues, tout en acceptant le dialogue avec les neurosciences cognitives, insistent sur les limites de ce rapprochement, contestant le principe même de la naturalisation de l'esprit.

Par exemple, Fuchs, s'il endosse pleinement le paradigme de la cognition 4E alliée à la phénoménologie, développe une critique du réductionnisme biologique : l'esprit n'est pas dans le cerveau, celui-ci ne crée pas le monde vécu, mais est au contraire façonné par la conscience et l'intersubjectivité ; le sujet « fait le monde » dans l'énaction et l'interaction ; un trouble mental renvoie à l'intégralité de la personne, incarnée comme organisme vivant et social, en constante interaction dans un monde partagé [30].

- Peut-on en effet conserver le dogme de la fondation des troubles de l'esprit dans le cerveau, dès lors qu'est admis l'engagement constant du sujet dans un monde qui donne sens à son expérience ? Aux arguments antiréductionnistes développés en philosophie de l'esprit, par exemple relativement au *hard problem* de la conscience [67], se greffent des considérations principielles largement partagées avec la tradition phénoménologique [30, 57, 68].
- La naturalisation de l'esprit est intenable car les neurosciences présupposent la constitution de la réalité avec la donation d'un monde. Une telle constitution ne peut relever d'une science empirique et son analyse requiert la suspension de l'attitude naturelle de croyance au monde objectif (*épokè*).
- La conscience elle-même, condition de l'expérience du monde et de sa structuration – selon les modes de la spatialité, de la temporalité, de l'intersubjectivité, etc. – ne saurait être réduite à un objet.
- À l'encontre du physicalisme, mais aussi de Jaspers, non seulement une compréhension phénoménologique peut donner sens aux altérations du monde vécu, mais des théories explicatives causales, en accord par exemple avec la *causalité motivationnelle* de Husserl, peuvent être développées à partir de l'analyse de la constitution de l'expérience.
- Les modèles biologiques en psychiatrie se fonderaient sur un impensé, le concept de *soma*, fonctionnant comme un donné idéalisé, dont l'usage implicite conduit à éliminer le pouvoir causal du mental, alors que pour comprendre notre fonctionnement organique, il faut déjà comprendre comment nous fonctionnons psychiquement au sein d'un monde [69].

Le seul avantage du dogme de l'explication des troubles mentaux par les neurosciences se révèle finalement métaphysique : une telle explication est compatible avec le monisme matérialiste, ce qui est précieux si et seulement si l'on est adepte d'un tel monisme. Aucune raison interne à la psychopathologie elle-même ne milite pour une telle position, bien au contraire, car l'abord des champs cliniques ne cesse de renvoyer à l'autonomie du monde vécu.

Ainsi, le défi jaspérien soulevé par l'opposition entre compréhension et explication est relevé aujourd'hui par la philosophie de la psychiatrie, moins par le naturalisme lui-même que par la critique féconde suscitée par ses limites, ce qui va jusqu'au renversement de la flèche de la causalité – ou tout au moins à mettre l'accent sur la causalité descendante de l'esprit au corps (*downward causation*) – voire jusqu'à une logique antinaturaliste assumée dans le sillage de Bergson [70, 71].

De l'evidence-based medicine aux nouvelles approches du soin

Selon le modèle médical minimal caractérisé par Murphy [27, 28], les pathologies sont définies par des *clusters* de symptômes co-occurents, autrement dit des syndromes, repérés à partir des régularités évolutives observables dans une population de malades, sans qu'il faille préjuger de la nature des processus causaux sous-jacents. Seule la notion de syndrome étant retenue, la

valeur de telles entités pathologiques est pragmatique, en accord avec l'évolution des conceptions nosographiques induite par la critique du modèle médical fort (cf. supra).

Un tel modèle rejoint un point de vue souvent défendu en philosophie des sciences : la notion de loi causale serait de moins en moins utile en science (notamment en physique), méritant d'être détrônée au profit de celle de variable de contrôle, seul étayable par l'*evidence*, et suffisante pour fonder des prédictions susceptibles de justifier des « interventions » (cf. supra). En médecine, il serait ainsi suffisant de construire les maladies comme outils syndromiques et de repérer les facteurs de contrôle permettant de parvenir aux résultats souhaités pour les soins.

En psychiatrie, ce modèle minimal correspond à l'approche du DSM, tout au moins depuis sa troisième version, qui définit les troubles mentaux à partir de regroupements statistiques de symptômes, en principe sans se fonder sur une théorie causale. Cet « athéorisme » supposé est d'ailleurs un axe central de la critique du DSM, accusé notamment de « mixer » dans une même entité pathologique des conditions en réalité distinctes (leurs bases causales étant différentes), catégorisant par exemple comme dépression ce qui relève souvent d'un « simple » état de tristesse explicable par un facteur étiologique tel un deuil [72].

La version minimale du modèle médical est portée aujourd'hui par l'*evidence-based medicine*, assumée par le DSM-IV puis le DSM-5 [16, 17], et devenue une doctrine quasi officielle, adoptée par les « autorités » de santé pour leurs recommandations de « bonne pratique » (alors même que l'ambition initiale de l'*evidence-based medicine* était de prévenir tout argument d'autorité [73]).

« Evidence-based medicine », logon didonai et maladie

Selon la logique de l'*evidence-based*, les arguments étiopathogéniques n'ont qu'une faible valeur, car suspects d'être infiltrés par des théories non confirmées. La hiérarchie de preuves (*hierarchy of evidence*) privilégie les essais randomisés, la démonstration de l'effet d'un facteur reposant sur des études de population et non sur des mécanismes causaux.

Une telle conception contraste avec le modèle médical fort, mais procède d'une tradition empiriste ancienne : Platon critiquait déjà une forme de médecine « alogique », c'est-à-dire purement empirique, non fondée sur un λόγον διδόναι (« rendre raison ») comme une science véritable doit l'être [74]. Cependant, les critiques épistémologiques suscitées par l'*evidence-based medicine* [75], si elles valent pour l'ensemble de la médecine, ont une portée spécifique en psychiatrie [76], discipline où la singularité de chaque cas et les effets de la relation clinique ne peuvent être éliminés sans perturber les phénomènes en jeu.

En particulier, l'*evidence-based medicine*, ne tenant guère compte des processus causaux explicatifs, est a fortiori insensible à la compréhension d'une trajectoire subjective liée à une histoire singulière. Le concept de *maladie* en tant qu'entité isolable et identique d'un individu à l'autre est ainsi radicalisé par l'*evidence-based medicine*, et s'il devient indifférent qu'une maladie soit une *natural kind* (c'est-à-dire un noyau de régularités causales, cf. supra), ce concept radicalisé sous-tend désormais l'idéal d'indications thérapeutiques généralisables à un même type de patients [77].

Or les limites d'un tel concept de maladie, malgré son attrait puissant lié à la garantie d'objectivité qu'il semble offrir, deviennent saillantes avec les progrès des sciences médicales : un processus pathologique, considéré dans sa complexité réelle, se révèle n'être jamais identique d'un sujet à l'autre, et ses effets ne sont pas analysables en fonction d'un nombre constant de facteurs contrôlables. La dynamique inhérente à un tel processus est toujours modulée par le monde singulier d'une personne interagissant avec un environnement lui-même singulier et évolutif.

Bien plus, la normativité intrinsèque au vivant [78], reflet des ressources de tout organisme et/ou psychisme soumis à des sources de tension, est essentielle à la pathogénie : les symptômes, loin de refléter seulement un déficit, expriment la puissance des forces défensives corporelles et/ou mentales, comme la médecine hippocratique y insistait déjà en se méfiant des recommandations universelles [74, 79]. S'appuyer sur les ressources de la personne, son

Tableau 1.

Dix caractéristiques des nouveaux modèles de soins [80] (reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur).

1. Souci de dépasser le « modèle médical » en tant qu'approche des soins qui se fonderait trop exclusivement sur les notions de maladie et de traitement curatif
2. Importance accordée au retentissement fonctionnel des troubles au-delà des symptômes, en particulier à l'inclusion sociale
3. Centration sur la *personne* dans sa globalité et sa singularité, en interaction dynamique avec son environnement
4. Reconnaissance de l'expérience subjective comme source non substituable de savoir
5. Importance accordée à l'histoire personnelle, au récit de vie et aux remaniements du monde subjectif bien au-delà de l'épreuve de la maladie
6. Appui sur les ressources et aspirations de la personne, l'accent étant mis sur les dimensions « positives » (désir, résilience, restauration du pouvoir d'agir, sentiment d'efficacité, etc.)
7. Implication de la personne soignée comme acteur décisionnel des soins en fonction de ses valeurs
8. Attention au clinicien comme personne et à l'impact de la relation soignant-soigné
9. Valorisation de la multidisciplinarité et de la transdisciplinarité qui deviennent des ressources essentielles pour l'équipe de soins
10. Reconnaissance de l'apport des méthodes qualitatives (analyse de cas, recours aux sciences humaines ou aux arts, etc.) dans une complémentarité assumée avec l'*evidence-based practice* (clinique fondée sur les données probantes)

activité et son savoir « expérientiel » peut même se révéler décisif pour l'efficacité des soins.

Face aux limites de l'*evidence-based medicine*, de multiples approches conceptuelles et cliniques alternatives ont émergé depuis une vingtaine d'années, souvent issues de problématiques liées à la santé mentale, mais dont les principes et méthodes peuvent irriguer toutes les disciplines concernées par les soins [80]. La philosophie de la psychiatrie, en exerçant sa fonction critique, mais aussi en proposant des modèles mettant en évidence certaines dimensions universelles du soin, quel que soit le type de pathologie organique ou *mental*, met ici en exergue le rôle de la psychiatrie à la pointe des sciences médicales : son soi-disant « retard scientifique », parfois dénoncé par les tenants du double dogme organiciste et *evidence-based* (cf. supra), s'avère n'être que le reflet de la complexité spécifique de son champ [42, 81].

Bien que diverses dans leurs origines et leurs terrains privilégiés d'application, ces nouvelles approches du soin convergent vers quelques lignes de force présentées dans le **Tableau 1**.

Nous précisons ci-dessous quelques aspects philosophiquement significatifs de ces nouvelles approches.

Idéal du *cure* et éthique du *care*

D'un côté, l'efficacité des soins exige leur fondation objective ; de l'autre, les soins n'ont de sens que pour des personnes affectées dans leur intimité subjective par le processus pathologique : cette tension essentielle au cœur des soins [80], exacerbée lorsqu'il s'agit de troubles mentaux, est une raison majeure de l'influence de la philosophie de la psychiatrie sur les nouvelles approches du soin.

Dans le modèle classique du *cure*, le soin de la maladie consiste en l'éradication de celle-ci, la guérison étant la *restitutio ad integrum* de l'organisme et/ou de l'esprit grâce à une méthode objectivement fondée. Ni la subjectivité de la personne soignée ni celle de la personne soignante n'ont en principe à intervenir, et la relation intersubjective, si elle peut favoriser l'observance, n'apporte sur le principe aucun gain thérapeutique : le savoir de « l'expert » médecin est idéalement suffisant pour que la maladie, entité purement objective, soit guérie par un traitement curatif.

Or la tension entre objectivité et subjectivité dans les soins prend aujourd'hui une acuité nouvelle. Les progrès technologiques, en mettant toujours davantage en évidence la complexité des processus pathogéniques et thérapeutiques, et leurs

interactions avec les trajectoires singulières des personnes, appellent à un « prendre soin » (*care*) centré sur la personne bien au-delà du traitement à visée curative.

Introduite en 1982 par Carol Gilligan [82], l'éthique du *care* repose sur la sensibilité et la sollicitude envers autrui dans sa singularité concrète. Cette éthique est ainsi proposée comme alternative aux éthiques universalistes et abstraites, bases traditionnelles de la prétention à « faire le bien » au nom de principes généraux. Les soins aux troubles mentaux mettent particulièrement en évidence la nécessité du *care*, si l'on admet qu'un tel trouble n'est pas une entité que l'on pourrait « curer » du psychisme ou du cerveau par quelque prescription [83]. Cependant l'éthique du *care* exerce une influence transversale dans les sciences du soin, dès lors que des dimensions autres que le traitement curatif de « la maladie » sont essentielles au devenir de la personne.

L'influence du *care* a conduit à inscrire les préoccupations qui lui sont liées au cœur des dispositifs *médicosociaux*, ce qui n'est pas sans comporter le risque de cliver le *care* du *cure* – le *care* ne saurait être réservé à des spécialistes « psy » – ou d'en faire le prétexte à des recommandations autoritaires : le « *care* » est avant tout une attitude que des *acteurs* du soin peuvent s'approprier.

Parcours de rétablissement

Le paradigme du rétablissement (*recovery*), relatif au devenir des personnes atteintes de troubles mentaux sévères, illustre la façon dont se dégager de l'idéal du *cure* au profit d'une attitude orientée sur l'expérience singulière peut bouleverser l'appréhension d'un domaine comme la psychiatrie [84] : ainsi que les études de **Manfred** Bleuler l'avaient montré dès les années 1970, un trouble aussi sévère que la schizophrénie, malgré la catastrophe existentielle initiale, peut évoluer souvent, voire dans la majorité des cas, vers la restauration d'une vie susceptible d'épanouissement, dont le sujet a retrouvé la maîtrise (les symptômes peuvent persister ou disparaître, mais la vie de la personne n'est plus déterminée par « la maladie »).

Or la philosophie de la psychiatrie a joué un rôle important dans l'émergence de ce paradigme, en particulier pour élaborer la distinction-clé entre le rétablissement expérientiel des personnes et le rétablissement « objectif » (ou « scientifique ») lié au modèle médical [85, 86]. L'approche phénoménologique, dans la perspective concrète orientée sur l'expérience (inter) subjective qui est la sienne hors Europe – mais qui n'ignore rien des traditions husserliennes ou heideggeriennes et s'y réfère volontiers –, a été déterminante pour que se manifeste au premier plan le savoir non substituable des personnes affectées par un trouble mental (« expertes par expérience ») [87]. Les catégories ou existentiels fondamentaux de la phénoménologie ont ainsi offert un cadre propice à l'étude des dimensions au cœur des processus de rétablissement – telles celles d'« ouverture de possibilités » ou de « vie porteuse de sens » ... – étude souvent enrichie de rencontres avec des travaux de philosophie analytique, développés par exemple autour des valeurs des personnes [81].

Cependant, la philosophie de la psychiatrie a aussi approfondi des éléments conceptuels plus spécifiques au champ du (prendre) soin dans les parcours de rétablissement, tout en ayant une portée pour l'ensemble des disciplines cliniques, dès lors que le sens des soins en est profondément renouvelé. L'impact aussi puissant que paradoxal du modèle de la maladie pour la personne elle-même a été mis en évidence : initialement source de désespoir, la reconnaissance d'une « maladie » persistante sévère peut servir de pivot pour amorcer un processus de rétablissement. En effet, affronter une entité morbide donnée comme objective, même lorsqu'elle signifie l'altération au cœur du soi, peut offrir un premier levier d'action, avant que la différenciation progressive du soi et de cette entité permette de s'affranchir de celle-ci pour reprendre le contrôle de son existence. Les récits de rétablissement restituent ainsi parfois des expériences étonnantes de redéfinition de soi, voire de croissance « post-schizophrénie » [88, 89].

Une telle dimension paradoxale se prolonge dans l'étayage à la restauration du pouvoir d'agir (*empowerment*), ce qui implique par définition de ne pas se substituer à la personne soignée, et d'accepter de délaissier constamment un supposé savoir d'expert

au profit de la *disponibilité* (*on tap, not on top*). De cette façon, le cadre du *recovery* a permis d'approfondir le paradoxe fondateur de tout soin en psychiatrie, dès lors qu'il y s'agit essentiellement de rencontrer une liberté altérée (Henri Ey), et que toute pratique de soutien à cette liberté comporte le risque de l'altérer encore [90]. Il a été ainsi souligné le droit fondamental de la personne à ne pas se rétablir – celle-ci en l'exerçant pouvant par là même amorcer un processus de rétablissement.

En fait, de tels paradoxes vitaux ne peuvent que se résoudre concrètement dans un processus existentiel, tel qu'un cadre comme celui du rétablissement vise à l'assumer pleinement. Dans ce cadre, une notion qui s'est avérée cruciale pour porter un tel processus est celle de *confiance fondamentale*, c'est-à-dire la reconnaissance inconditionnelle des ressources de la personne pour reprendre le contrôle de son existence, quelle que soit l'ancienneté et la sévérité des troubles (« *zero exclusion* »), confiance dont la rencontre soignante offre une occasion privilégiée de manifestation.

La dimension pragmatique de la philosophie de la psychiatrie contemporaine se dévoile également à propos du rétablissement : nombre de travaux approfondissent des dimensions-clé du *real-world functioning* (fonctionnement en situation réelle), tels l'activité professionnelle des personnes affectées de troubles mentaux sévères et les obstacles auxquels cette insertion se heurte [91]. De telles problématiques impliquent une analyse approfondie des enjeux éthiques sous-jacents et se prolongent vers l'élaboration d'une véritable philosophie politique susceptible de porter le *zero exclusion* ou le *nothing about us without us* constitutif du mouvement du *recovery* [86].

Tout un champ de recherches aux multiples prolongements existentiels, éthiques ou même politiques, est ainsi ouvert à propos du rétablissement, un horizon prometteur aujourd'hui étant l'extension de ce paradigme en direction de l'abord des maladies somatiques chroniques.

Clinique narrative

La dimension narrative paraît centrale dans l'abord des troubles mentaux depuis au moins Pinel [92]. Pourtant la clinique narrative, en particulier la *narrative-based medicine*, est issue de la médecine somatique, et son rayonnement montre que l'éthique du *care* peut être portée bien au-delà d'une discipline spécifique, au point d'intégrer l'idéal de la médecine elle-même [93].

La médecine narrative (*narrative-based medicine*) est souvent considérée comme le principal paradigme alternatif à l'*evidence-based medicine*. En effet, alors que celle-ci est associée à des méthodologies objectivantes et généralisantes, la clinique narrative est orientée sur le sens qu'une personne malade confère à son expérience et la rencontre de son monde subjectif [94]. La clinique narrative réhabilite ainsi les méthodes qualitatives, et plus généralement la place des sciences humaines dans la formation et la pratique médicale. Souvent présentée comme complémentaire de l'*evidence-based medicine*, la clinique narrative recèle en fait une critique fondamentale de celle-ci en insistant sur la nécessaire mise en récit de toute donnée – autrement dit toute donnée est (co)-construite à travers des systèmes de représentation –, dévoilant ainsi le mythe du *given* parfois sous-jacent à l'endossement naïf d'une perspective *evidence-based*.

Les approches narratives recouvrent une constellation de pratiques variées, de la médecine narrative aux thérapies narratives codifiées, en passant par diverses pratiques tels le « récit de vie », l'autobiographie guidée, les thérapies par reminiscence, etc. Quoi qu'il en soit de cette diversité, la clinique narrative accorde une place centrale au *récit* : en tant que processus, le récit donne sens à l'hétérogénéité d'une histoire, propose des relations causales et permet de forger l'*identité narrative* [95], identité dynamique et souple, compatible avec le changement – les disruptions pouvant même être valorisées comme porteuses de *creative thinking*. En particulier, s'agissant de troubles mentaux, par exemple de délire, une perspective narrative peut éclairer la genèse des symptômes en lien avec les traumatismes passés et permettre de reconstruire une histoire plus cohérente échappant à la répétition [96]. Une telle construction émerge dans la relation soignant-soigné, la perspective narrative offrant une véritable « médiation ente mondes » [94], soigné et soignant étant co-auteurs donc coacteurs d'une mise en

1023 récit qui peut se prolonger vers la découverte de mondes imagi- 1094
1024 naires (*fictional travel* ^[97]). 1095

1025 Soulignons que la clinique narrative est orientée de façon 1096
1026 pragmatique vers le développement des compétences narratives 1097
1027 des soignants, en tant que moyens d'améliorer l'efficacité des 1098
1028 soins ^[93]. De telles compétences s'appuient sur l'écoute narrative, 1099
1029 la « lecture attentive » (*close reading*), l'écriture « réflexive » (*reflec-* 1100
1030 *tive writing*), voire la découverte des grands types de structures 1101
1031 narratives mis en évidence par la théorie de la littérature.

1032 Parfois présentée comme porteuse d'une nouvelle philoso- 1102
1033 phie de la connaissance médicale, la clinique narrative a fait 1103
1034 jusqu'ici surtout l'objet de travaux analysant sa complémentarité 1104
1035 à l'*evidence-based medicine*, tout en s'interrogeant sur les limites 1105
1036 d'une telle perspective : risque d'un clivage entre l'« art » de la 1106
1037 médecine et la science médicale (c'est-à-dire entre *care* et *cure*), 1107
1038 *narrative fallacy* (un récit peut dissimuler autant qu'éclairer), doute 1108
1039 sur l'efficacité thérapeutique, etc. ^[98].

1040 Malgré ces interrogations, reflet sans doute de la fécondité de ce 1109
1041 paradigme, la clinique narrative a été perçue très tôt en philoso- 1110
1042 phie de la psychiatrie comme un terrain fertile de recherches ^[99], 1111
1043 terrain paradoxalement resté peu défriché en raison peut-être de 1112
1044 l'évidence même des problématiques narratives au cœur de la 1113
1045 psychiatrie, et qui reste ainsi ouvert à de riches explorations.

1046 Clinique fondée sur les valeurs

1047 Comme la clinique narrative, la clinique fondée sur les valeurs 1114
1048 a pour ambition de relier la science aux personnes ^[81]. Toutefois à 1115
1049 la différence de la clinique narrative, la clinique fondée sur les 1116
1050 valeurs est un paradigme bien spécifié théoriquement et clini- 1117
1051 quement, porté par la philosophie de la psychiatrie, illustrant le 1118
1052 rayonnement que celle-ci, lorsqu'elle assume un souci fondation- 1119
1053 nel, peut exercer sur l'ensemble de la médecine.

1054 Développée par le psychiatre et philosophe K.W.M. Fulford, 1120
1055 irradiant dans toutes les disciplines médicales, de la radiologie 1121
1056 à la chirurgie, la clinique fondée sur les valeurs se propose de 1122
1057 prendre en compte « les valeurs singulières de personnes singu- 1123
1058 lières dans des circonstances singulières ». Les valeurs deviennent 1124
1059 un moteur fécond pour la prise de décision dans les soins, contri- 1125
1060 buant à l'efficacité du *cure*, mais portant aussi l'éthique du *care* 1126
1061 selon l'ensemble des dimensions indiquées dans le **Tableau 1**.

1062 Rappelons que la dualité entre données (*facts/evidence*) et 1127
1063 valeurs, héritée de Hume, est un pilier de la tradition empiriste, 1128
1064 prolongée par la philosophie analytique qui a pu un temps exclure 1129
1065 les questions de valeurs de la science, tout au moins jusqu'à la 1130
1066 critique par Putnam d'une telle dichotomie ^[100]. Cependant, la 1131
1067 clinique fondée sur les valeurs s'est surtout nourrie de l'Oxford 1132
1068 School avec une attention au langage ordinaire héritée de John 1133
1069 Austin. Fulford a ainsi montré que les valeurs, comprises au sens 1134
1070 large de « dispositions orientant l'action », infiltrent toute la 1135
1071 médecine ^[43, 81], à commencer par les décisions diagnostiques, ce 1136
1072 que Sadler a confirmé de façon très précise pour le DSM ^[101].

1073 Les situations de conflits dans les soins révèlent généralement 1137
1074 un désaccord sur les valeurs implicites des personnes impliquées 1138
1075 (personnes soignées, proches, soignants) – en psychiatrie, il suf- 1139
1076 fit de penser aux situations de soins sans consentement. Or plus 1140
1077 les soins sont complexes, plus les valeurs entrent en tension et 1141
1078 deviennent apparentes. Ainsi, l'émergence constante des valeurs 1142
1079 en psychiatrie signerait son avance en tant que discipline impli- 1143
1080 quant toute la complexité de l'expérience humaine ^[43, 81].

1081 Dans le cadre de la clinique fondée sur les valeurs, la singularité 1144
1082 d'une situation de soins, échappant par nature à l'*evidence-based* 1145
1083 *medicine*, appelle à une prise de décision pondérée par un pro- 1146
1084 cessus *dissensuel*, à la différence d'une éthique universaliste qui 1147
1085 prescrirait a priori la décision correcte, ou même de quelque 1148
1086 consensus d'experts fixant des recommandations. Ce qui importe 1149
1087 est en effet le processus lui-même et son appropriation par les per- 1150
1088 sonnes concernées, l'acceptation des différences de valeurs étant 1151
1089 compatible avec la *coconstruction* de cadres de valeurs partagées, 1152
1090 dès lors que la prémisse du respect mutuel est accordée.

1091 La clinique fondée sur les valeurs propose de façon flexible des 1153
1092 outils pour accroître la prise de conscience des valeurs, explo- 1154
1093 rer sans clôture l'espace qu'elles ouvrent, et de façon générale,

1094 en étant authentiquement centrée sur la personne soignée – car 1095
1096 centrée sur ses valeurs – soutenir le travail d'une équipe multidisci- 1096
1097 plinaire. La complémentarité des valeurs des membres de celle-ci 1097
1098 est motrice pour l'abord des situations éminemment sources de 1098
1099 tension (par exemple, suspicion d'abus sexuel chez un enfant), 1099
1100 mais déjà pour les situations si banales qu'on les néglige (par 1100
1101 exemple, lors de la toilette), et pour lesquelles de « petits chan- 1101
1102 gements dans le soin » peuvent être si bénéfiques ^[81].

1102 À cette fin, la clinique fondée sur les valeurs peut s'appuyer 1102
1103 sur l'ensemble des sciences psychologiques et sociales (droit, 1103
1104 économie, philosophie, anthropologie, etc.), mais aussi sur les 1104
1105 arts, à commencer par la poésie ou la littérature, et réhabilite 1105
1106 les méthodes qualitatives, dont le raisonnement à partir de cas. 1106
1107 Cependant, il ne s'agit nullement de rejeter la clinique fondée sur 1107
1108 les données probantes : clinique fondée sur les valeurs et *evidence-* 1108
1109 *based medicine* sont des partenaires siamois, et Fulford ne cesse de 1109
1110 rappeler le double risque de l'« aveuglement aux données » et de 1110
1111 l'« aveuglement aux valeurs ».

« Mental travel » et univers subjectif

1112 La distinction jasperienne entre compréhension et explication 1112
1113 est commandée par le problème de la rencontre du *Lebenswelt* d'un 1113
1114 sujet, c'est-à-dire son monde vécu, et plus largement le monde 1114
1115 subjectif dans lequel il/elle vit, qui n'est pas « le monde objec- 1115
1116 tif », mais un univers qui se déploie à partir de son histoire 1116
1117 singulière inscrite en mémoire. Toute attribution d'un trouble psy- 1117
1118 chique implique une affirmation sur le monde subjectif, comme 1118
1119 cela est évident pour les syndromes délirants ou les syndromes 1119
1120 autistiques (« repli sur le monde intérieur »). Comprendre l'être- 1120
1121 au-monde pathologique nécessite de pénétrer le monde subjectif 1121
1122 comme tel ^[102], et la relation thérapeutique repose sur une telle 1122
1123 possibilité ^[103].

1124 Pourtant, une étude précise des mondes subjectifs est restée 1125
1125 longtemps hors de portée. Certes, le courant phénoménologique 1126
1126 s'est efforcé de mettre en évidence les structures existentielles 1127
1127 essentielles sous-jacentes à un monde subjectif – par exemple, 1128
1128 Binswanger a analysé dans cette perspective « le » monde 1129
1129 maniaque de « la fuite des idées » ^[102] –, mais sans en proposer 1130
1130 une véritable construction.

1131 Cependant, les développements de la psychologie permettent 1132
1132 aujourd'hui de disposer d'outils affinés pour aborder les mondes 1133
1133 subjectifs, tout en s'appuyant sur les intuitions issues des 1134
1134 approches phénoménologiques ou existentielles. Un monde sub- 1135
1135 jectif peut ainsi être envisagé en tant qu'*espace de représentation*, car 1136
1136 se constituant à travers un vécu de présentification de contenus, 1137
1137 associé à une dynamique étendant ces contenus en un univers 1138
1138 psychique dans lequel le sujet « navigue », selon une métaphore 1139
1139 qui ne date pas d'internet, mais qui était déjà chère à Platon ^[14, 15].

1140 Un tel abord rejoint l'*embodied cognition* (cf. supra) dans ses 1141
1141 bases sémantiques – des fragments psychiques présentent direc- 1142
1142 tement un monde – mais prolonge ces bases vers une extension 1143
1143 bien plus radicale que la cognition 4E, puisqu'il devient possible 1144
1144 d'aborder la vie mentale hors de toute présence perceptive, qu'il 1145
1145 s'agisse de la navigation temporelle (*mental travel*), de l'immersion 1146
1146 ludique ou fictionnelle (*fictional travel*), de la rêverie diurne, du 1147
1147 *mind-wandering*, de l'attribution d'états mentaux (*epistemic naviga-* 1148
1148 *tion*), de la vie fantasmatique, etc. Des dimensions fondamentales 1149
1149 du psychisme qui avaient jusqu'à présent largement échappé à 1150
1150 l'analyse scientifique, deviennent davantage susceptibles d'une 1151
1151 approche rigoureuse, tels l'imaginaire ou la créativité esthétique, 1152
1152 voire les aspirations spirituelles ^[15, 71, 97].

1153 Il s'agit ici des prémisses d'une véritable exploration des univers 1154
1154 mentaux, dont l'incidence pourrait être majeure pour l'abord des 1155
1155 troubles en psychiatrie, et pour laquelle la philosophie de la psy- 1156
1156 chiatrie joue un rôle critique éminent, de façon à garantir que la 1157
1157 richesse de ces univers subjectifs – que la rencontre clinique ne 1158
1158 cesse de mettre en évidence – ne soit pas occultée.

1159 Un enjeu central de cette fonction critique est l'analyse de la 1160
1160 notion de « monde intérieur » (*inner world*) et de la constitution 1161
1161 d'un tel monde à travers des représentations. En effet, la méfiance 1162
1162 traditionnelle en phénoménologie vis-à-vis de la psychologie des 1163
1163 représentations est reprise aujourd'hui par la phénoménologie 1164

contemporaine [30, 57], dans le souci de préserver l'accès direct au monde : « le monde lui-même est sa meilleure présentation/son meilleur modèle » est-il souvent affirmé. Une telle méfiance, qui repose généralement sur une assimilation des représentations aux symboles de type langagier (le cognitivisme fonctionnaliste ou computationnel étant visé), ou bien à des entités matérielles (les neurosciences étant alors visées), conduit paradoxalement à restreindre le monde vécu à ce qui dépend du perçu, or le vécu psychique hors de la réalité sensible commune et/ou dans des mondes multiples joue un rôle central dans les troubles mentaux.

La problématique de la constitution du monde comme représentation est en fait aussi essentielle pour la psychiatrie qu'ancienne dans la tradition philosophique, de Platon à Husserl en passant par Descartes, Kant et Schopenhauer (par exemple). La dynamique de la philosophie de la psychiatrie, guidée par la pragmatique de la clinique, pourrait dans un avenir proche conduire à lever inhibitions et interdits au profit de l'approfondissement de la richesse des univers subjectifs.

■ Conclusion

La psychiatrie, comme toute discipline médicale, étant orientée par le souci des soins, la philosophie de la psychiatrie recueille nécessairement ce souci, d'où son pragmatisme, mais aussi son exigence spécifique, car toute théorisation dans son champ se heurte au prisme de cette *praxis* impitoyable pour les failles du savoir que constitue la clinique des troubles mentaux, source inépuisable de rencontres avec la réalité humaine la plus critique. De fait, la psychiatrie suscite des travaux au carrefour de toutes les branches philosophiques, et bien d'autres problèmes que ceux que nous avons évoqués font l'objet de recherches intensives, à l'incidence sociale souvent majeure, qu'ils soient d'ordre éthique, esthétique, politique, etc.

Comme une longue tradition le montre, la tension essentielle qui anime les sciences du soin entre souci de fondation objective et prise en compte des singularités subjectives ne cesse d'animer un mouvement d'allure circulaire : les cadres de pensée forgés sur les paradigmes de la scientificité (*evidence-based practice* aujourd'hui) se heurtent à l'irréductibilité des personnes, particulièrement lorsqu'il s'agit de troubles mentaux, d'où l'émergence de nouvelles conceptions, pour lesquelles la psychiatrie est souvent pionnière, et qui en retour irriguent la compréhension de la clinique, renouvelant l'ensemble des sciences du soin, avant d'être absorbées à leur tour par l'exigence de rigueur de celles-ci. Cercle indéfiniment répété depuis Hippocrate quant aux fondations anthropologiques de la médecine ? Ou spirale ascendante attestant de progrès dans l'expérience des soins au fil des siècles ? En tout cas, la philosophie de la psychiatrie contemporaine recueille pleinement cet héritage, tout en proposant à son tour de nouveaux horizons désirables, tant pour la pensée que pour la clinique.

Déclaration de liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec cet article.

■ Références

- [1] Tatossian A, Azorin JM. Phénoménologie et analyse existentielle. *EMC* (Elsevier-Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37815-A-10, 1990.
- [2] Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Plon; 1961.
- [3] Szasz T. *The Myth of mental illness: Foundation of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row; 1961.
- [4] Basso E. Où va la philosophie de la psychiatrie ? *Revue de Synthèse* 2016;167:153–75.
- [5] Fulford KWM, Davies M, Gipps RGT, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G, et al. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- [6] Jaspers K. *Psychopathologie générale*. 3^{ème} éd (Kastler A, Mendousse J, trad.). Paris: Félix Alcan; 1928.
- [7] Kendler KS, Campbell J. Expanding the domain of the understandable in psychiatric illness: An updating of the Jaspersian framework of explanation and understanding. *Psychol Med* 2014;44:1–7.
- [8] Bolton D, Hill J. *Mind, meaning and mental disorder*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- [9] Philips J. Understanding/Explanation. In: Radden J, editor. *The Philosophy of psychiatry: A Companion*. New York: Oxford University Press; 2004. p. 180–90.
- [10] Schwartz MA, Wiggins O. Phenomenological and hermeneutic models: Understanding and interpretation in psychiatry. In: Radden J, editor. *The Philosophy of psychiatry: A Companion*. New York: Oxford University Press; 2004. p. 351–63.
- [11] Kendler KS. Introduction: Why does psychiatry need philosophy. In: Kendler KS, Parnas J, editors. *Philosophical issues in psychiatry: Explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2008. p. 1–10.
- [12] Ryle G. *The Concept of mind*. Chicago: Chicago University Press; 1949.
- [13] Kendler KS. Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatry* 2005;162:433–40.
- [14] Plagnol A. *Espaces de représentation : théorie élémentaire et psychopathologie*. Paris: Editions du CNRS; 2004.
- [15] Plagnol A. *Principes de navigation dans les mondes possibles — Tome 1 : Fondations*. Garches: Editions Terra Cotta; 2019.
- [16] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th. ed Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- [17] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th. ed Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
- [18] Demazeux S. *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformation de la bible américaine de la psychiatrie*. Paris: Ithaque; 2013.
- [19] Demazeux S, Singy P. *The D.S.M -5 in perspective: Philosophical reflections on the psychiatric Babel*. Dordrecht: Springer; 2015.
- [20] Hacking I. The looping effects of human kinds. In: Sperber D, Premack D, Premack AJ, editors. *Causal cognition: A multidisciplinary debate*. New York: Oxford University Press; 1995. p. 351–94.
- [21] Cooper R. Is psychiatric classification a good thing? In: Kendler KS, Parnas J, editors. *Philosophical issues in psychiatry II: Nosology*. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 61–70.
- [22] George B, Klijn A. A modern name for schizophrenia (PSS) would diminish self stigma [Forum](#). *Psychol Med* 2013;43:1555–7.
- [23] Sartorius N, Chiu H, Heok KE, Lee MS, Ouyang WC, Sato M, et al. Name change for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2014;40:255–8.
- [24] Ghaemi SN. Taking disease seriously: Beyond « pragmatic » nosology. In: Kendler KS, Parnas J, editors. *Philosophical issues in psychiatry II: Nosology*. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 42–53.
- [25] Bourgeois ML. La physiologie et le renouveau kraepelinien de la psychiatrie. *Ann Med Psychol* 2019;177:279–81.
- [26] Berrios GE. *Pour une nouvelle épistémologie de la psychiatrie*. Marseille: Editions de la Conquête; 2019.
- [27] Murphy D. Psychiatry and the concept of disease as pathology. In: Broome MR, Bortolotti L, editors. *Psychiatry as cognitive neuroscience: Philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 103–17.
- [28] Murphy D. Philosophy of psychiatry. In: Zalta EN, editor. *The Stanford Encyclopedia of philosophy* (Spring 2017 edition), <https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/psychiatry/>.
- [29] Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, et al. Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry* 2010;167:748–51.
- [30] Fuchs T. *Ecology of the brain: The phenomenology and biology of the embodied mind*. Oxford: Oxford University Press; 2018.
- [31] Gonon F. La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? *Esprit* 2011;11:54–73.
- [32] Forest D. *Neurosepticisme - Les sciences du cerveau sous le scalpel de l'épistémologie*. Paris: Ithaque; 2014.
- [33] Pacherie E. *Naturaliser l'intentionnalité – Essai de philosophie de la psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France; 1993.
- [34] Petitot J, Varela F, Pachoud B, Roy JM. *Naturaliser la phénoménologie – Essais sur la phénoménologie contemporaine et les sciences cognitives*. Paris: CNRS Editions; 2002.
- [35] Bolton D. Classification and causal mechanisms: A deflationary approach to the classification problem. In: Kendler KS, Parnas J, editors. *Philosophical issues in psychiatry II: Nosology*. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 6–11.
- [36] Cooper R. *Classifying madness*. Dordrecht: Springer; 2005.
- [37] Zahar P. Psychiatric disorders are not natural kinds. *Philos Psychiatry Psychol* 2000;7:167–82.

- [38] Zahar P. Progress and the calibration of scientific constructs: The role of comparative validity. In: Kendler KS, Parnas J, editors. *Philosophical issues in psychiatry II: Nosology*. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 21–34.
- [39] Schaffner K. *Discovery and explanation in biology and medicine*. Chicago: University of Chicago Press; 1993.
- [40] Campbell J. Causation in psychiatry. In: Kendler KS, Parnas J, editors. *Philosophical issues in psychiatry: Explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: The John Hopkins University Press; 2008. p. 196–216.
- [41] Campbell J. What does rationality have to do with causation? Propositional attitudes as mechanisms and as control variables. In: Broome MR, Bortolotti L, editors. *Psychiatry as cognitive neuroscience: Philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 137–49.
- [42] Thornton T. On the interface problem in philosophy and psychiatry. In: Broome MR, Bortolotti L, editors. *Psychiatry as cognitive neuroscience: Philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 121–36.
- [43] Fulford KWM. Philosophie, psychiatrie et clinique fondée sur les valeurs *Entretien*. Psychiatrie, Sciences humaines. *Neurosciences* 2019;**17**:23–40.
- [44] Dennet DC. *The Intentional stance*. Cambridge, MA: MIT Press; 1987.
- [45] Davidson D. *Inquiries into truth and interpretation*. Oxford: Oxford University Press; 1984.
- [46] Maher BA. Anomalous experience in everyday life: Its significance for psychopathology. *The Monist* 1999;**82**:547–70.
- [47] Bayne T, Pacherie E. Bottom-up or top-down? Campbell's rationalist account of monothematic delusions. *Philos Psychiatry Psychol* 2004;**11**:1–11.
- [48] Campbell J. Rationality, meaning, and the analysis of delusion. *Philos Psychiatry Psychol* 2001;**8**:89–100.
- [49] Freud S. Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Dementia paranoides) (Le Président Schreber). In: Freud S. *Cinq psychanalyses* (Bonaparte M, Löwenstein RM, trad.). Paris: Presses Universitaires de France; 1911/1954, p. 263–324.
- [50] Coltheart M. Cognitive neuropsychiatry and delusional belief. *Quarterly J Exp Psychol* 2007;**60**:1041–62.
- [51] Kapur J. Psychosis as a state of aberrant salience: A framework for linking biology, phenomenology and pharmacology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2003;**160**:13–23.
- [52] Frankish K. Delusions: A two-level framework. In: Broome MR, Bortolotti L, editors. *Psychiatry as cognitive neuroscience: Philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 269–84.
- [53] Davies AM, Davies M. Explaining pathologies of belief. In: Broome MR, Bortolotti L, editors. *Psychiatry as cognitive neuroscience: Philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 285–323.
- [54] Davies M, Egan A. Delusion: Cognitive approaches — Bayesian inference and compartmentalization. In: Fulford KWM, Davies M, et al., editors. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 689–727.
- [55] Gallagher S. Delusional realities. In: Broome MR, Bortolotti L, editors. *Psychiatry as cognitive neuroscience: Philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 245–66.
- [56] Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 2003;**29**:427–44.
- [57] Parnas J, Sass LA. Varieties of « Phenomenology »: On description, understanding, and explanation in psychiatry. In: Kendler KS, Parnas J, editors. *Philosophical issues in psychiatry: Explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: The John Hopkins University Press; 2008. p. 239–78.
- [58] Fuchs T, Schlimme JE. Embodiment and psychopathology: A phenomenological perspective. *Curr Opin Psychiatry* 2009;**22**:570–5.
- [59] Fuchs T. Phenomenology and psychopathology. In: Gallagher S, Schmicking D, editors. *Handbook of phenomenology and cognitive science*. Dordrecht: Springer; 2010. p. 547–73.
- [60] Sass LA, Pienkos E. Delusion: The phenomenological approach. In: Fulford KWM, Davies M, et al., editors. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 632–57.
- [61] Sass LA, Nelson B. Towards integrating phenomenology and neurocognition: Possible neurocorrelates of basic self-disturbance in schizophrenia. *Curr Probl Psychiatry* 2017;**18**:184–200.
- [62] Sass LA. Explanation and description in phenomenological psychopathology. *J Psychopathol* 2014;**20**:366–76.
- [63] Gallagher S, Zahavi D. *The Phenomenological mind*. Londres: Routledge; 2008.
- [64] Gallagher S. Intersubjectivity and psychopathology. In: Fulford KWM, Davies M, et al., editors. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 258–74.
- [65] Varela FJ. Neurophenomenology: A methodological remedy to the hard problem. *J Conscious Stud* 1996;**3**:330–49.
- [66] Newen A, De Bruin L, Gallagher S. *The Oxford handbook of 4E cognition*. Oxford: Oxford University Press; 2018.
- [67] Chalmers D. *L'esprit conscient* (Dunan S, trad.). Paris: Ithaque; 2010.
- [68] Radcliffe M. Understanding existential changes in psychiatric illness: The indispensability of phenomenology. In: Broome MR, Bortolotti L, editors. *Psychiatry as cognitive neuroscience: Philosophical perspectives*. Oxford: Oxford University Press; 2009. p. 223–44.
- [69] Garner A, Hardcastle VG. Neurobiological models: An unnecessary divide — neural models in psychiatry. In: Radden J, editor. *The Philosophy of psychiatry: A Companion*. New York: Oxford University Press; 2004. p. 364–80.
- [70] Bergson H. *Matière et mémoire – Essai sur la relation du corps à l'esprit*. Paris: Presses Universitaires de France; 1896/1985.
- [71] Plagnol A. *Principes de navigation dans les mondes possibles – Tome 2 : Horizons et dangers*. Garches: Editions Terra Cotta; in press.
- [72] Horwitz A, Wakefield J. *The Loss of sadness: How psychiatry transforms normal sorrow in depressive disorder*. New York: Oxford University Press; 2007.
- [73] Sackett DL, Straus SE, Scott Richardson W, Rosenberg W, Haynes RH. *Evidence-Based Medicine: How to practice and teach EBM*. 2nd ed. Edimbourg & Londres: Churchill Livingstone; 2000.
- [74] Cambiano G. Platon et les rapports entre théorie et praxis dans la médecine hippocratique. *Etudes platoniciennes* 2013; 10: <https://doi.org/10.4000/etudesplatoniciennes.351>.
- [75] Worrall J. Evidence in medicine and Evidence-Based Medicine. *Philos Compass* 2007;**2**:981–1022.
- [76] Thomas P, Bracken P, Timimi S. The anomalies of evidence-based medicine in psychiatry: Time to rethink the basis of mental health practice. *Ment Health Rev J* 2012;**17**:152–62.
- [77] Troubé S, Plagnol A. Limites du modèle de la maladie et apports psychodynamiques. In: Plagnol A, Pachoud B, Granger B, editors. *Les Nouveaux modèles de soins — une clinique au service de la personne*. Montrouge: Doin; 2018. p. 19–30.
- [78] Canguilhem G. *Le Normal et le pathologique*. Paris: PUF; 1949/2013.
- [79] Hippocrate. *L'Ancienne médecine* (Jouanna J, trad.). Paris: Les Belles Lettres; 1990.
- [80] Plagnol A, Pachoud B, Granger B. *Les Nouveaux modèles de soins — Une clinique au service de la personne*. Montrouge: Doin; 2018.
- [81] Fulford KWM, Peile E, Caroll H. *La Clinique fondée sur les valeurs : de la science aux personnes* (Plagnol A, Pachoud B, et al., trad.). Montrouge: Doin; 2017.
- [82] Gilligan C. *Une si grande différence* (Kwiatiek A, trad.). Paris: Flammarion; 1986.
- [83] Pachoud B. Aspects du *care* et de « l'éthique du *care* » en psychiatrie. *Psychiatr Sci Hum Neurosci* 2010;**8**:152–7.
- [84] Davidson L. Cure and recovery. In: Fulford KWM, Davies M, et al., editors. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 197–213.
- [85] Bellack AS. Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: Concordance, contrasts and implications. *Schizophr Bull* 2006;**32**:432–42.
- [86] Pachoud B, Plagnol A. La perspective du rétablissement : sortir du handicap psychique plutôt qu'en attendre la compensation. In: Boucherat-Hue V, Leguay D, et al., editors. *Handicap psychique : questions vives*. Toulouse: Erès; 2016. p. 103–23.
- [87] Davidson L. *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press; 2003.
- [88] Koenig M. *Le Rétablissement dans la schizophrénie – Un parcours de reconnaissance*. Paris: Presses Universitaires de France; 2016.
- [89] Romme M, Escher S, Dillon J, Corstens D, Morris M. *Living with voices: 50 stories of recovery*. Ross-on-Wye, RU: PCCS Book; 2009.
- [90] Plagnol A. Rencontre psycho-thérapeutique et paradoxes. *Evol Psychiatr* 2000;**65**:115–26.
- [91] Pachoud B, de Pierrefeu I, Plagnol A. Handicap psychique et insertion professionnelle. In: Boucherat-Hue V, Leguay D, et al., editors. *Handicap psychique : questions vives*. Toulouse: Erès; 2016. p. 279–304.
- [92] Huneman P. Ecrire le cas – Pinel Aliéniste. *Philosophie* 2013;**3**: 67–94.
- [93] Charon R. Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001;**286**:1897–902.
- [94] Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative? *BMJ* 1999;**318**:48–50.

- 1465 [95] Ricœur P. *Temps et récit. III – Le Temps raconté*. Paris: Seuil; 1985. 1476
 1466 [96] Roberts GA. Narrative and severe mental illness: What place do stories 1477
 1467 have in an evidence-based world? *Adv Psychiatr Treat* 2000;**6**:432–41. 1478
 1468 [97] Ward T, Plagnol A. *Cognitive psychodynamics as an integrative frame- 1479*
 1469 *work in counselling psychology and psychotherapy*. Londres: Palgrave 1480
 1470 Macmillan; 2019. Jérôme Millon; 1933/2000. 1481
 1471 [98] Solomon M. Epistemological reflections on the art of medicine and 1482
 1472 narrative medicine. *Perspect Biol Med* 2008;**51**:406–17. 1483
 1473 [99] Fulford B, Morris K, Sadler JZ, Stanghellini G. *Nature and narrative: 1484*
 1474 *An introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford: Oxford 1485
 1475 University Press; 2003. University of Wisconsin Press; 1967. p. 1486
 97–108.

A. Plagnol (arnaud.plagnol@iedparis8.net). 1487

Laboratoire de psychopathologie et neuropsychologie, Université Paris VIII, 2, rue de la Liberté, 93200 Saint-Denis, France. 1488

Institut d'histoire et de philosophie des sciences et des techniques (Unité mixte de recherche [UMR] 8590), 13, rue du Four, 75006 Paris, France. 1489

B. Pachoud. 1490

Centre de recherches « Psychanalyse, médecine et société », Bâtiment Olympe de Gougues, Université de Paris, 8, place Paul Ricœur, Case 7058, 75205 Paris cedex 13, France. 1491
1492

Toute référence à cet article doit porter la mention : Plagnol A, Pachoud B. Philosophie et psychiatrie. EMC - Psychiatrie 2020;0(0):1-12 [Article 37-020-A-50]. 1493

1494

1494

1495

Disponibles sur www.em-consulte.com



Arbres
décisionnels



Iconographies
supplémentaires



Vidéos/
Animations



Documents
légaux



Information
au patient



Informations
supplémentaires



Auto-
évaluations



Cas
clinique