



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Année 2015

N°

La psychiatrie, au seuil d'une révolution scientifique ?

Réflexion épistémologique à partir du projet RDoC

THESE

Sous la direction de Yannis GANSEL

Présentée

A l'Université Claude Bernard Lyon 1
et soutenue publiquement le 23 avril 2015
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Gauthier LE QUANG
Né le 10/03/1986 à Fontainebleau

La psychiatrie, au seuil d'une révolution scientifique ?

Réflexion épistémologique à partir du projet RDoC

Organigramme de l'Université et liste des professeurs de la Faculté

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice: Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

**Faculté de Médecine Lyon Est
Liste des enseignants 2014/2015**

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 2**

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe exceptionnelle Echelon 1**

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophtalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Zoulim Fabien Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Di Filippo	Sylvie	Cardiologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Nicolino	Marc	Pédiatrie

Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Rymlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénérologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénérologie
Fellahi	Jean-Luc	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Jacquin-Courtois Sophie		Médecine physique et de réadaptation
Janier Marc		Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey Etienne		Pédiatrie
Juillard Laurent		Néphrologie
Jullien Denis		Dermato-vénérologie
Kodjikian Laurent		Ophthalmologie
Krolak Salmon Pierre		Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune Hervé		Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle Philippe		Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel Philippe		Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse Olivier		Chirurgie générale
Mure Pierre-Yves		Chirurgie infantile
Nataf Serge		Cytologie et histologie
Pignat Jean-Christian		Oto-rhino-laryngologie
Poncet Gilles		Chirurgie générale
Raverot Gérald		Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard Isabelle		Cancérologie ; radiothérapie
Richard Jean-Christophe		Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti Yves		Physiologie
Rouvière Olivier		Radiologie et imagerie médicale
Saoud Mohamed		Psychiatrie d'adultes
Schaeffer Laurent		Biologie cellulaire
Souquet Jean-Christophe		Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic Sandra		Neurologie
Wattel Eric		Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart Laurent	
Moreau Alain	

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori Marie	
Lainé Xavier	
Zerbib Yves	

Professeurs émérites

Chatelain Pierre		Pédiatrie
Bérard Jérôme		Chirurgie infantile
Boulangier Pierre		Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio André		Cardiologie
Chayvialle Jean-Alain		Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques

Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie	Nathalie Immunologie
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers **Seconde classe**

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Chanelière	Marc
Farge	Thierry
Figon	Sophie

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

Remerciements

A M. le professeur Pierre Fourneret, pour avoir accepté la présidence du jury de thèse. Merci pour nos échanges stimulants autour de la philosophie de la psychiatrie. Soyez assuré de mon profond respect.

A M. le professeur Nicolas Franck, pour avoir accepté de juger ce travail. Merci pour votre enseignement enthousiaste, dont j'ai eu la chance de bénéficier en stage aussi bien qu'en séminaire.

A M. le professeur Jean Daléry, pour avoir accepté de juger ce travail. Merci de l'intérêt que vous avez témoigné pour celui-ci. Je vous suis reconnaissant d'apporter votre expérience à sa critique.

Au docteur Yannis Gansel, pour avoir accepté avec beaucoup d'enthousiasme de diriger mon travail de thèse. Tes conseils rigoureux et méthodiques m'ont été très utiles, ainsi que tes connaissances étendues dans le champ des recherches d'orientation sciences humaines en psychiatrie. Merci pour t'être vraiment engagé pour me guider dans ce travail, ainsi que pour tes encouragements. Bref, tu m'as bien soutenu, dans les aspects « techniques » et « non techniques » de ma thèse !

Au docteur Saltel, merci de vous être libéré pour participer au jury. Je vous dois beaucoup, depuis ce stage d'internat où votre style inimitable, votre recul critique et votre bienveillance envers moi m'ont remis le pied à l'étrier de la psychiatrie.

A Jérôme Goffette pour vos conseils de lecture utiles dans le champ de la philosophie des sciences. Merci aussi pour votre enseignement au cours du Master Culture et Santé, pour vos encouragements lors de la soutenance de mon mémoire, et pour m'avoir permis de participer à la formation des externes.

A Phuong Coulot, pour avoir veillé sur mes premiers pas en psychiatrie... et pour avoir pris le relai quand le chef de clinique n'en pouvait plus de moi ! Merci à Dominique et vous pour toutes les belles choses que nous avons partagées depuis.

Aux équipes médicales et soignantes de mes différents stages qui m'ont tant appris.
Aux patients. Vous subissez en général avec bienveillance nos tâtonnements de néophytes...

A mes amis de toujours, de musique, d'externat et d'internat. Même s'il n'est pas toujours facile de rester en contact, les moments de complicité que nous avons partagés restent gravés dans mon cœur.

A mes parents, pour leur amour inconditionnel et pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.
A mes frères et sœurs : je sais que je pourrai toujours compter sur vous !

A Maud.

Longtemps paralysé à l'idée de faire une thèse en psychiatrie qui ne soit que fou-thèse, ou bien peut-être par la perspective de devenir irrémédiablement docteur, j'ai reculé le plus possible ce moment fatidique... Merci de m'avoir supporté, à tous les sens du terme, dans cette période délicate.

Merci pour ta relecture attentive et perspicace.

Merci surtout pour l'amour profond qui nous unit.

Je dépose ce travail aux pieds du principe universel qui unit toute chose ; qu'il m'inspire une attitude juste à l'intérieur comme à l'extérieur.

*Douter de tout ou tout croire, ce sont deux solutions également
commodes, qui l'une et l'autre nous dispensent de réfléchir.*

Henri Poincaré, *La science et l'hypothèse*

Table des matières

Organigramme de l'Université et liste des professeurs de la Faculté.....	2
Le Serment d'Hippocrate	9
Remerciements	10
Table des matières	13
Introduction	15
I. Le projet RDoC et ses fondements conceptuels.....	21
1. Le projet RDoC : un projet ambitieux pour la psychiatrie	21
2. Le contexte scientifique anglo-saxon actuel : l'heure de la neurobiologie	27
A. « Les troubles mentaux sont des troubles cérébraux » : une affirmation ambiguë	27
B. Fonder la psychiatrie sur les neurosciences biologiques : le choix d'une position mécaniste.....	29
C. Confiance en la science et idéal positiviste.....	32
D. Les enjeux professionnels : réintégrer la psychiatrie dans le « courant principal » de la médecine.....	36
3. La « médecine expérimentale » de Claude Bernard comme modèle	39
4. Un projet alternatif au DSM.....	43
A. Fonder l'explication des troubles mentaux sur le modèle mécanique et non statistique.....	43
B. Baser la classification sur une approche dimensionnelle et non catégorielle	48
II. Critiques du projet RDoC	51
1. La question du réductionnisme biologique strict	51
A. Critiques pointant le manque de prise en compte des aspects psychologiques	51
B. Critiques pointant le manque de prise en compte des interactions environnementales.....	56
C. La relégation de la pratique clinique au second plan.....	59
2. Critiques de l'idéal positiviste.....	64
A. La pratique clinique ne peut se déduire directement des connaissances scientifiques fondamentales	64
B. Une vision idéalisée du « courant principal » de la médecine.....	68
C. L'approche intégrative, une alternative à l'approche biomédicale ?	74

III. De l’articulation entre théorie et pratique	83
1. Deux aspects du soin en opposition	83
A. Opposition entre aspects techniques et non techniques de la pratique clinique.....	83
B. Opposition entre généralisation et prise en compte de la singularité de la personne	87
2. Théorie de la pratique et rapport du clinicien à son modèle théorique	91
A. Continuum réalisme / nominalisme et dogmatisme / relativisme.....	93
B. Une articulation dynamique	98
C. Une articulation négociée.....	105
Conclusion.....	108
Bibliographie.....	112
Annexe : détails de la recherche bibliographique	118
Conclusions signées	119

Introduction

Voici une thèse de psychiatrie sur... la psychiatrie !

Ainsi, son but n'est pas d'augmenter les connaissances scientifiques sur une maladie ou un traitement en particulier, ni de dresser un état des lieux des travaux sur un sujet précis, mais plutôt de proposer une réflexion sur les fondements mêmes de nos connaissances théoriques en psychiatrie et leurs rapports à la pratique, à partir de l'exemple du projet américain *Research Domain Criteria* (RDoC).

Ce choix de sujet a découlé d'une volonté de mettre en forme et d'approfondir les questionnements d'ordre épistémologique ayant émergé au cours de mon internat de psychiatrie.

J'ai débuté celui-ci dans une optique que l'on pourrait qualifier de « scientifique », héritée de mes premières années d'études de médecine. En effet, au cours de celles-ci, l'accent a principalement été mis lors des enseignements sur la présentation de données issues des recherches scientifiques actuelles, et sur les aspects les plus techniques de la pratique médicale. C'est ainsi que je me suis forgé l'idée que la théorie scientifique s'applique directement dans la pratique clinique, notamment via les recommandations de bonne pratique et les algorithmes décisionnels contenus dans les manuels de médecine. Ainsi, au début de mon internat, ma conception de la psychiatrie était relativement schématique, avec l'idée que la pratique psychiatrique s'appuyait directement sur les découvertes neuroscientifiques récentes.

Puis, au gré des stages, découvrant la complexité de la pratique, j'ai plusieurs fois été tenté d'abandonner cette référence théorique (les neurosciences) pour la remplacer par des théories psychopathologiques variées, mais toujours en tentant de les appliquer de manière rigide, comme cadres de compréhension préformés, exclusifs, capables de fournir la clé de tout symptôme. Il s'agissait donc de l'application du même raisonnement, en remplaçant la référence aux neurosciences par une théorie psychopathologique.

Au fur et à mesure de mon internat, j'ai découvert une grande diversité de discours théoriques souvent contradictoires, tandis que les pratiques ne me paraissaient pas si divergentes. La pratique psychiatrique dont j'étais témoin et que je reproduisais ne semblait basée *directement* sur aucune théorie constituée. Ce constat entraîna une dissonance cognitive par rapport à mes croyances antérieures, qui eut pour conséquence la nécessité d'une révision de mon jugement

pour éviter un état de « crise » personnelle marqué par le scepticisme voire le nihilisme : que penser de la psychiatrie si toutes les pratiques se valent et sont déconnectées des théories ?

L'ouvrage du philosophe des sciences Thomas Kuhn *La structure des révolutions scientifiques* (1) permet de fournir un premier repère pour une réflexion épistémologique sur la psychiatrie actuelle.

Kuhn y définit des stades de développement de toute discipline scientifique, depuis le stade précédant l'installation d'un paradigme majoritairement accepté (qu'il nomme stade « pré-historique »), à celui de la science parvenue « à maturité » (ou science « normale »).

Les paradigmes sont définis comme des « visions du monde » (1), des modèles partagés par la quasi-totalité des chercheurs d'une discipline scientifique. Ils sont fondés sur « un ou plusieurs accomplissements scientifiques passés, accomplissements que tel groupe scientifique considère comme suffisants pour fournir le point de départ d'autres travaux » (1). Ces accomplissements sont résumés dans les manuels. La « science normale » commence donc où s'arrête le manuel : les chercheurs n'ont pas besoin de redéfinir chaque concept de base ni de redémontrer chaque théorie mais peuvent se concentrer sur les problèmes se présentant sous la forme « d'énigmes à résoudre ». Ainsi, selon Kuhn, les paradigmes définissent implicitement les « problèmes et les méthodes légitimes d'un domaine de recherche » (1). Ils sont des modèles qui favorisent des traditions cohérentes de recherche, responsables d'un rétrécissement du champ de recherche au profit d'un gain d'efficacité.

Cependant, il arrive que la discipline entre dans une période dite de « crise », lorsque de nombreuses anomalies sont observées (observations ne pouvant être expliquées dans le cadre du paradigme dominant), qui ne sont plus considérées comme des artéfacts ou des énigmes à résoudre, mais comme des preuves de l'insuffisance de la théorie. La confiance dans le paradigme dominant est alors ébranlée, des chercheurs commencent à ébaucher des théories alternatives (1).

La « crise » peut éventuellement se résoudre en « révolution scientifique », au cours de laquelle il y a un changement du paradigme dominant (*paradigm shift*). En effet, pour Kuhn, un paradigme ne peut être abandonné que s'il est prêt à être remplacé par un autre.

(1) Kuhn T. 2008

(1) Kuhn T. 2008, p 30

(1) Kuhn T. 2008, p 29

(1) Kuhn T. 2008, p 29

(1) Kuhn T. 2008, p 119

Une mise au point est nécessaire avant de tenter une application de ce modèle à la psychiatrie contemporaine : le modèle de Kuhn a été développé pour rendre compte du fonctionnement des sciences de la nature, dont l'archétype est la physique, même s'il a rencontré depuis un tel succès qu'il a été appliqué à de nombreuses autres disciplines et que ses termes sont passés dans le langage courant. Cependant, la psychiatrie, comme toutes les branches de la médecine, ne peut évidemment pas être identifiée à une science fondamentale. En particulier, c'est une discipline pratique, en ce qu'elle naît d'une demande (celle des patients, de la société). Le médecin ne définit donc pas lui-même son champ disciplinaire, contrairement au chercheur en sciences fondamentales qui se focalise sur les problèmes se présentant sous la forme d'énigmes qu'il croit pouvoir résoudre, et non pas sur les problèmes les plus pressants ou les plus utiles. Ainsi son champ disciplinaire est nécessairement élargi et hétérogène et l'adoption d'un paradigme dominant sera moins absolue en médecine que dans les sciences fondamentales ; le paradigme dictera de manière moins impérative l'établissement de méthodes et de concepts uniformes.

Cette précaution prise, le recours aux concepts de Kuhn permet tout de même d'éclairer la situation actuelle de la psychiatrie, notamment par rapport à celle des autres spécialités médicales. Cette situation me paraît correspondre assez précisément au stade « pré-historique » décrit par Kuhn : il n'y a jamais eu de paradigme accepté unanimement en psychiatrie. Au contraire, il existe de multiples théories opposées prétendant expliquer les troubles mentaux, soutenues par des écoles concurrentes. Le champ de recherche est hétérogène sans qu'il soit possible de se mettre d'accord sur une base commune. Les concepts de base sont sans cesse re-questionnés (par exemple les limites normal / pathologique, les définitions même des troubles (voir par exemple la proposition du psychiatre Alain Bottéro d'abandonner le concept de schizophrénie... (2))), chaque chercheur recommence tout de la base, la recherche n'est pas canalisée dans une direction et de multiples méthodes sont en vigueur (le paradigme dominant est censé définir les directions de la recherche « normale » en même temps que les méthodes acceptables). Ainsi, les différentes théories sont difficiles à articuler les unes aux autres. Comme le souligne Georges Lantéri-Laura, il est impossible de hiérarchiser ces connaissances théoriques qui, juxtaposées, ne « constituent absolument pas un système » (3) ; l'organodynamisme d'Henri Hey représente la « dernière synthèse grandiose qui vise à rendre compte du champ de la psychiatrie dans sa totalité » (3).

(2) Bottéro A. 2008, p. 49

(3) Lantéri-Laura G. 1991, p. 170

(3) Lantéri-Laura G. 1991, p. 136

Justement, le projet *Research Domain Criteria* (RDoC) est présenté comme un « changement de paradigme » pour la psychiatrie, un moyen de faire advenir une révolution scientifique, permettant enfin à la psychiatrie d'accéder au statut de « science normale ». Ce projet (4), lancé en 2009 par l'Institut National de Santé Mentale (*National Institute of Mental Health*, (NIMH)) aux Etats-Unis, est conçu pour fournir un cadre aux recherches fondamentales neuroscientifiques, de fédérer ces recherches et de les soutenir financièrement. Il se donne des objectifs ambitieux à long terme : dévoiler la physiopathologie cérébrale des troubles mentaux, permettant ainsi d'établir une classification de ceux-ci basée sur les données neuroscientifiques fondamentales, et favoriser à terme la mise au point de traitements biologiques spécifiques. Il s'agit donc d'un projet concernant la recherche fondamentale, mais qui se donne comme objectif à terme de transformer considérablement la pratique clinique. Ce projet a suscité des réactions contradictoires dans la littérature scientifique anglo-saxonne, mais est encore peu connu en France.

Le projet RDoC s'inscrit dans un contexte où de nombreux psychiatres anglo-saxons semblent partager le constat que leur discipline se trouve à un moment important, voire crucial, ce qui est ressenti négativement pour certains (nous retrouvons les termes de problème (5) (*issue*), voire crise (6) (*crisis*)), mais plutôt positivement pour d'autres (qui se réfèrent à un défi (7) (*challenge*), un carrefour (7), voire un changement de paradigme (*paradigm shift*) (8), ou même une révolution (9)). Les termes de « crise », « changement de paradigme » et « révolution » (scientifique) relevés dans ces articles renvoient directement à l'ouvrage de Thomas Kuhn et les auteurs les emploient pour situer la psychiatrie actuelle au stade de la « crise », précédant celui d'une révolution scientifique et de l'établissement d'un paradigme dominant. Quel serait ce paradigme ?

Celui d'une psychiatrie basée sur la neurobiologie. En effet, au delà de l'hétérogénéité des points de vue des psychiatres anglo-saxons sur leur discipline, nous constatons qu'une seule approche tend à devenir hégémonique : l'approche biologique. En effet, une majorité des articles de psychiatres exprimant leur point de vue sur leur discipline, et son avenir, traitent

(4) Présenté sur le site du NIMH : <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml> et <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml> (consultés le 23.01.15)

(5) Bracken P, *et al.* 2012

(6) Craddock N, *et al.* 2008

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

(8) Cuthbert BN, Insel TR. 2013

(9) White PD, Rickards H, Zeman AZ. 2012

explicitement de cette approche que ce soit pour la défendre ou la critiquer. Le projet RDoC est la tête de proue de l'approche neurobiologique en psychiatrie actuellement. Il est présenté en termes kuhnien par son directeur scientifique Bruce Cuthbert (8) : « RDoC représente un réel changement de paradigme, en considérant les troubles mentaux du point de vue de la *translation* ». Nous verrons que le terme de *translation* renvoie à l'application des données neuroscientifiques fondamentales à la pratique clinique, qui est reconnue comme problématique en psychiatrie, c'est-à-dire que les avancées importantes dans les connaissances neuroscientifiques fondamentales n'ont pas permis à ce jour de progrès pratiques en psychiatrie. Le « changement de paradigme » annoncé par Cuthbert consiste, on le verra, à ne plus se baser sur le discours du patient, ni sur l'observation du clinicien, mais sur des mesures neurobiologiques... Il s'agit d'importer le cadre intellectuel des neurosciences biologiques en pratique psychiatrique.

Le projet RDoC permettra-t-il enfin l'avènement d'un paradigme dominant en psychiatrie ? Celle-ci est-elle au seuil d'une révolution scientifique ?

Sur le plan méthodologique, le point de départ de ce travail a été une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne concernant le projet RDoC, avec l'objectif de le décrire mais aussi d'en dégager les présupposés conceptuels sous-jacents.

Une revue de la littérature anglo-saxonne plus élargie a également été menée, pour tenter de replacer le projet RDoC dans le contexte scientifique actuel. Ainsi, j'ai tenté de collecter des articles récents de psychiatres exprimant leur point de vue sur leur spécialité, sur son avenir, et sur les éventuelles difficultés rencontrées (*Cf.* annexe pour une description précise de la recherche bibliographique effectuée).

Il sera également fait référence à des réflexions issues du milieu psychiatrique français. En effet, il existe en France chez les psychiatres une tradition de réflexion théorique sur les fondements mêmes de leur discipline, réflexion bien actuelle si l'on en croit par exemple les titres de deux congrès de psychiatrie récents : le congrès de la Société de l'Information Psychiatrique en 2012 intitulé non sans malice « Mais, que fait la psychiatrie ? », et le Congrès Français de Psychiatrie en 2014 : « Psychiatrie : changer nos paradigmes ».

Enfin, j'ai tenté d'aborder d'emblée cette revue de la littérature avec un recul critique, notamment en dégageant les fondements conceptuels du projet RDoC. Ainsi, il sera fait

(8) Cuthbert BN, Insel TR. 2013

référence à des travaux épistémologiques portant sur la science (par exemple : Thomas Kuhn (1)), la médecine (par exemple : Claude Bernard (10)) et la psychiatrie (par exemple : Georges Lantéri-Laura (3)), et à des ouvrages provenant de l'importante réflexion anglo-saxonne contemporaine en philosophie de la psychiatrie (par exemple : Bill Fulford (11)). Ainsi, la méthodologie de ce travail se veut sur le modèle des sciences humaines, c'est-à-dire que je tenterai de prendre de la distance par rapport à ma pratique, et de questionner certaines des controverses qui agitent la psychiatrie. L'enjeu est d'éviter toute tentation polémique stérile en s'attachant autant que possible à s'extraire des conflits « idéologiques » court-circuitant la réflexion. Ainsi que le souligne l'introduction de l'*Oxford Textbook of philosophy and psychiatry*, la philosophie n'a pas pour vocation d'offrir une fondation conceptuelle à la psychiatrie, une base inamovible, son rôle est au contraire de prévenir la clôture prématurée de débats et de problèmes philosophiques qui caractérisent tant la théorie que la pratique de la psychiatrie (11).

Cette méthodologie vient en continuité de la réflexion que j'ai développée au cours de mon Master de Philosophie, mention Culture et Santé, effectué pendant une année de disponibilité entre mes 3^e et 4^e années d'internat. Le mémoire de Master avait été pour moi l'occasion de questionner certains mécanismes du raisonnement médical, à travers l'analyse de la réponse médicale à la fibromyalgie, prise comme exemple de syndrome médicalement inexpliqué.

Dans une première partie, nous examinerons le projet RDoC tel qu'il est présenté par ses concepteurs, et tenterons de dégager ses fondements conceptuels. Puis dans une deuxième partie, nous esquisserons un certain nombre de critiques ayant été adressées au projet RDoC, en les regroupant dans deux catégories : les critiques du réductionnisme biologique strict et les critiques de l'idéal positiviste sous-jacent. Nous verrons que l'ensemble de ces critiques pointe finalement la conception simpliste de l'articulation théorie pratique en psychiatrie sous-tendue par le projet RDoC, ce qui minimise ses chances de parvenir à surmonter le problème de l'application en pratique clinique des données issues des recherches scientifiques fondamentales. La troisième partie consistera donc en une réflexion plus épistémologique sur les enjeux de l'articulation théorie pratique psychiatrie, prenant plus de distance avec l'exemple du projet RDoC.

(1) Kuhn T. 2008

(10) Bernard C. 2008

(3) Lantéri-Laura G. 1991

(11) Fulford *et al.* 2006

(11) Fulford *et al.* 2006, p. 2

I. Le projet RDoC et ses fondements conceptuels

1. Le projet RDoC : un projet ambitieux pour la psychiatrie

Le point de départ du projet RDoC a été le « plan stratégique » de 2008 du NIMH intitulé « Développement pour la recherche de nouvelles méthodes de classification des troubles mentaux basées sur des dimensions comportementales observables et sur des mesures neurobiologiques ». Il s'est progressivement mis en place, sous l'impulsion de Thomas Insel, directeur du NIMH depuis 2002, psychiatre et chercheur en neurosciences.

Le projet RDoC est présenté sur le site Internet du NIMH (4) comme un projet à long terme. Il vise à donner un cadre aux recherches fondamentales en neurogénétique, neurosciences et sciences comportementales, à fédérer ces recherches et à les soutenir financièrement (le NIMH est la plus grosse institution finançant la recherche scientifique en santé mentale dans le monde).

Son principe de départ est de favoriser et coordonner les recherches en partant de la physiologie et la physiopathologie cérébrales et non pas de la clinique psychiatrique. Ainsi, Insel *et al.*, dans un article présentant le projet RDoC, recommandent de ne pas sélectionner les patients suivant les syndromes cliniques mais selon des mesures neurobiologiques et comportementales (12). Ce projet s'affranchit donc des classifications des troubles mentaux en vigueur, basées sur les symptômes cliniques (notamment le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) et la CIM (Classification Internationale des Maladies)). Un exemple est donné dans ce même article : une recherche sur les circuits cérébraux impliqués dans le système de réaction à la menace pourrait inclure tous les patients d'une unité spécialisée dans le traitement de l'anxiété, sans les sélectionner par leur symptomatologie clinique (Trouble Anxieux Généralisé, Trouble Panique...) mais en les sélectionnant par exemple sur une mesure biologique de réactivité à un stimulus menaçant (12).

Dans un deuxième temps, l'objectif de cet ensemble de recherches fondamentales est de dévoiler les déterminants biologiques du comportement normal et pathologique et de

(4) <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml> et <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml> (consultés le 23.01.2015)

(12) Insel TR, *et al.* 2010

(12) Insel TR, *et al.* 2010

permettre alors de regrouper les comportements en clusters, sur la base de la similitude des mécanismes biologiques sous-jacents, et ainsi d'aboutir à une classification des troubles mentaux basée sur la physiologie et la physiopathologie cérébrales. Il s'agit donc d'un renversement du processus utilisé jusque là pour la mise au point des classifications des troubles mentaux (notamment pour le DSM et la CIM). En effet, ce processus part des symptômes, les regroupe en syndromes pour délimiter cliniquement différents troubles mentaux, dans l'espoir notamment de permettre des recherches fondamentales en vue de découvrir la cause profonde de ces troubles mentaux (stratégie *Top down*). A l'inverse, le projet RDoC n'explore pas la piste de recherche des mécanismes biologiques pouvant expliquer les troubles mentaux définis dans les classifications actuelles mais part des mécanismes physiologiques et physiopathologiques fondamentaux pour faire le lien avec la symptomatologie clinique dans un deuxième temps (stratégie *Bottom up*). Il est donc prévu que la classification finale des troubles mentaux, basée sur la neurobiologie, ne cadre pas forcément avec les classifications actuelles, basées sur les symptômes (DSM et CIM). En effet, Insel *et al.* soulignent que certains mécanismes neurobiologiques sont probablement transnosographiques (suivant nos classifications actuelles) tandis qu'à l'inverse, certaines entités nosologiques regroupées actuellement devraient probablement être distinguées sur la base d'une différence d'altération physiopathologique sous-jacente (12). Cette classification est prévue pour être utilisée dans un premier temps en recherche, mais le but poursuivi à long terme est d'être applicable à la clinique.

Enfin, dans un avenir plus lointain, cette classification basée sur la neurobiologie ambitionne de permettre la mise au point de biomarqueurs diagnostiques et de traitements spécifiques de la physiopathologie et devrait donc selon le NIMH transformer considérablement la pratique clinique.

Dans leur article présentant le projet RDoC, Insel *et al.* (12) annoncent que celui-ci repose sur trois présupposés fondamentaux :

- les troubles mentaux sont des troubles cérébraux (*brain disorders*), c'est-à-dire que ce sont des troubles fonctionnels des circuits cérébraux (voir notre commentaire plus loin sur ce point, Partie I, 2, A).
- les dysfonctions des circuits cérébraux peuvent être identifiées par les outils des neurosciences (électrophysiologie, imagerie fonctionnelle...).

(12) Insel TR, *et al.* 2010

(12) Insel TR, *et al.* 2010

- les données des recherches fondamentales en génétique et en neurosciences fourniront des marqueurs spécifiques des troubles mentaux qui pourront aider dans la démarche diagnostique en pratique clinique en psychiatrie.

L'approche promue pour les recherches scientifiques qui entreront dans le cadre du projet RDoC est une approche dimensionnelle : elle est basée prioritairement sur des mesures quantitatives qui devraient mettre en évidence un *continuum* entre normal et pathologique. Ainsi, l'ensemble du fonctionnement cérébral à étudier, normal et pathologique, devra être divisé en « dimensions fonctionnelles » (*Constructs*). Selon la présentation sur le site Internet du NIHM (4), ces dimensions fonctionnelles devraient comporter uniquement « des dimensions comportementales observables et des mesures neurobiologiques », cependant, selon la matrice donnée comme point de départ (voir plus bas, figure 1), certaines dimensions fonctionnelles n'apparaissent pas uniquement comme des comportements observables mais bien comme des expériences intimes (par exemple : « perception de soi »)...

L'approche de recherche tentera de plus de croiser plusieurs niveaux d'analyse, appelés « unités d'analyse » (*Units of analysis*) du niveau moléculaire au niveau comportemental.

Le cadre du projet peut donc être représenté par une matrice (voir Figure 1) permettant de croiser d'une part des dimensions fonctionnelles (*Constructs*), regroupées en cinq domaines fonctionnels plus larges (*Domains*) et d'autre part sept « unités d'analyse » (*Units of analysis*).

Les cinq domaines fonctionnels (*Domains*) retenus pour l'instant sont les systèmes cognitifs (par exemple : la mémoire de travail), les systèmes liés aux processus sociaux (par exemple : l'attachement), les systèmes à valence négative (par exemple : la réponse à la menace), les systèmes à valence positive (par exemple : la réponse à la récompense) et les systèmes de régulation (par exemple : les rythmes circadiens).

Les sept unités d'analyse (*Units of analysis*) prévues sont les niveaux génétique, moléculaire, cellulaire, des circuits neuronaux, physiologique, comportemental et d'auto évaluation (*self reports*).

La figure 1 propose une matrice représentant le projet RDoC, donnée à titre indicatif par le coordonnateur scientifique du projet Bruce Cuthbert (13). Il est bien spécifié que celle-ci se

(4) <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml> (consulté le 23.01.2015)

(13) Cuthbert BN. 2014

veut provisoire puisqu'elle représente un point de départ pour des recherches, et sera donc nécessairement amenée à évoluer avec les résultats de celles-ci.

Figure 1

DOMAINS/CONSTRUCTS	UNITS OF ANALYSIS						
	Genes	Molecules	Cells	Circuits	Physiology	Behavior	Self-Reports
Negative Valence Systems							
Acute threat ("fear")							
Potential threat ("anxiety")							
Sustained threat							
Loss							
Frustrative nonreward							
Positive Valence Systems							
Approach motivation							
Initial responsiveness to reward							
Sustained responsiveness to reward							
Reward learning							
Habit							
Cognitive Systems							
Attention							
Perception							
Working memory							
Declarative memory							
Language behavior							
Cognitive (effortful) control							
Systems for Social Processes							
Affiliation/attachment							
Social communication							
Perception/understanding of self							
Perception/understanding of others							
Arousal/Modulatory Systems							
Arousal							
Biological rhythms							
Sleep-wake							

Le site Internet du NIMH (4) précise la méthodologie ayant permis la mise au point de cette matrice. Les cinq domaines principaux ont été définis par consensus d'un groupe d'experts du NIMH. Puis des ateliers de travail de chercheurs experts dans chaque domaine se sont réunis, pour retenir les dimensions fonctionnelles proposées.

Les dimensions fonctionnelles ont été sélectionnées en fonction de deux critères suivant les données scientifiques actuelles : une bonne validité interne supposée (concept homogène, basé sur des données robustes (répliquées)) et l'existence d'un circuit cérébral (ou une aire

(4) <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml> (consulté le 23.01.2015)

cérébrale) pouvant « raisonnablement » être impliqué. L'unité d'analyse centrale est donc le circuit cérébral, ceci pour éviter une liste interminable de dimensions fonctionnelles (le nombre de circuits cérébraux connus pour être en lien avec une dimension de fonctionnement cérébral étant limité) et pour permettre d'organiser les autres unités d'analyse entre elles, en les rapportant toutes au niveau des circuits cérébraux (les niveaux génétiques, moléculaires, et cellulaires étant considérés comme des composants des circuits cérébraux, et les niveaux comportementaux et symptomatiques comme résultant du fonctionnement des circuits cérébraux).

Les concepteurs du projet révèlent que le choix des dimensions fonctionnelles a été difficile (4). La sélection ne pouvait contenir l'ensemble des résultats des recherches fondamentales sur le fonctionnement cérébral (qui couvre un éventail beaucoup plus large de fonctions) et les experts ont dû estimer l'intérêt des dimensions en fonction de leur lien potentiel avec les différents troubles mentaux (par exemple : système de réponse à la menace et troubles anxieux, système de récompense et addictions...). Il s'agit donc d'une contradiction avec le but annoncé de ne pas partir de la clinique et de ne pas utiliser les classifications basées sur les symptômes. De plus, on relève une contradiction avec le but de se démarquer sur le plan méthodologique du processus de mise au point du DSM et de la CIM, qui a en partie reposé sur des consensus d'experts, puisque la même méthode a été utilisée, au moins au départ, pour déterminer le champ de recherche. Cependant, cette matrice n'est pas présentée comme définitive, les auteurs exposent clairement la difficulté de sélectionner les dimensions fonctionnelles et les choix qui ont dû être effectués. Ils indiquent de plus que le résultat présenté constitue seulement un point de départ et il devra être révisé constamment en fonction des résultats des recherches fondamentales.

L'aspect neurodéveloppemental (c'est-à-dire l'évolution des fonctions étudiées avec le développement cérébral) et les interactions avec l'environnement sont considérés comme d'une importance capitale par les auteurs (4), et il est prévu qu'ils soient pris en compte dans les recherches (même s'ils n'apparaissent pas dans la matrice présentée... Les auteurs indiquent qu'ils auraient pu en constituer une troisième dimension).

(4) <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml> (consulté le 23.01.2015)

(4) <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml> (consulté le 23.01.2015)

Enfin, le projet se veut un projet innovant, utilisant les moyens de communication modernes dans le but de fédérer les recherches et de favoriser les interactions entre chercheurs : un forum en ligne permettra aux chercheurs d'entrer en contact, une base de données en ligne regroupe les résultats des recherches (celle-ci utilise la plateforme de la base de données créée par le NIMH pour la recherche sur l'autisme, qui compte déjà des données collectées sur 77000 sujets (4)). Le site du NIMH (4) précise les conditions de mise en ligne de résultats d'études scientifiques sur la base de données : les patients doivent être anonymisés grâce à un numéro d'identification personnel, chaque recherche doit être décrite en détail (équipements utilisés, protocole, molécules ou circuits cérébraux étudiés...). Des lexiques ont été mis au point par le NIMH pour décrire les expérimentations et les résultats de manière standardisée, afin que les données puissent être regroupées pour permettre des analyses statistiquement de plus forte puissance. Enfin, dans les contrats de financement d'études scientifiques par le NIMH peut figurer l'obligation de mettre en ligne les résultats, positifs ou négatifs, sur la base de données.

Le but ultime du projet, on l'a vu, est de déboucher, à long terme, sur des applications dans la pratique clinique psychiatrique (classification des troubles mentaux basée sur la neurobiologie dans un premier temps, puis mise au point de biomarqueurs diagnostiques et de traitements spécifiques de la physiopathologie cérébrale des troubles mentaux). Il s'agit de remédier au fait que les recherches fondamentales neuroscientifiques n'ont pas permis à ce jour une meilleure compréhension ni surtout une meilleure prise en charge des troubles mentaux, malgré une augmentation importante des connaissances sur le fonctionnement cérébral. Les auteurs anglo-saxons se réfèrent couramment à ce problème comme celui de la *translation* (14), terme que l'on pourrait traduire par « application » (des données scientifiques fondamentales en pratique clinique). Le modèle explicite est celui des autres spécialités médicales où les recherches fondamentales ont « révolutionné le diagnostic et le traitement » (4). Bruce Cuthbert et Thomas Insel détaillent par exemple dans un article de 2013 (8) le développement de la recherche fondamentale en cardiologie entre les années 1970 et 2000 et son impact sur le taux de mortalité cardio-vasculaire, tandis que ni l'incidence, ni la mortalité

(4) Site du NIMH : <http://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2014/nimh-creates-new-unit-to-support-its-research-domain-criteria-initiative.shtml> (consulté le 05.04.15)

(4) Site du NIMH : rdocdb.nimh.nih.gov (consulté le 05.04.15)

(14) Licinio J. 2011

(4) Site du NIMH : <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml> (consulté le 23.01.15)

(8) Cuthbert BN, Insel TR. 2013

des troubles mentaux n'ont diminué. Thomas Insel déplore que contrairement aux cardiologues, les psychiatres ne disposent ni de biomarqueurs diagnostiques, ni de traitements spécifiques de la physiopathologie des troubles, ni de stratégies de prévention (12)... La finalité du projet RDoC est de combler ce manque et ainsi d'améliorer le pronostic des troubles mentaux.

2. Le contexte scientifique anglo-saxon actuel : l'heure de la neurobiologie

Le projet RDoC s'inscrit dans un contexte actuel où de nombreux articles dans la littérature anglo-saxonne préconisent une orientation plus neurobiologique de la psychiatrie. Pour reprendre une formule de Lipowski (15), si « le pendule [de la psychiatrie] a balancé » maintes fois dans son histoire entre une psychiatrie « sans esprit » (*mindless*) et une psychiatrie « sans cerveau » (*brainless*), il frôle actuellement son extrémité neurobiologique. C'est en tout cas ce qui ressort d'une revue de la littérature anglo-saxonne à la recherche de points de vue de psychiatres sur leur discipline et son avenir (*Cf.* Annexe pour la description précise de cette recherche). De nombreux articles sont de véritables manifestes : des déclarations d'intention et propositions de programmes pour l'avenir de la psychiatrie. Nous passerons en revue quatre points tirés de cette littérature qui sont directement en accord avec les présupposés idéologiques du projet RDoC.

A. « Les troubles mentaux sont des troubles cérébraux » : une affirmation ambiguë

De nombreux articles proposent un imposant exposé des avancées scientifiques concernant la connaissance du fonctionnement cérébral et des mécanismes neurobiologiques sous tendant les troubles mentaux. La mise en évidence de ces mécanismes sert alors d'argument pour conclure que « les troubles mentaux sont des troubles cérébraux » (*mental disorders are brain disorders*). Nous retrouvons l'affirmation qui constitue le premier des trois « présupposés fondamentaux » sur lesquels repose le projet RDoC selon ses concepteurs (*Cf.* Partie I, 1). Eric Kandel, neuroscientifique ayant reçu en 2000 le prix Nobel pour ses travaux sur les bases moléculaires de la mémoire, défend cette thèse dans un article datant de 1998 : « toutes les

(12) Insel TR, *et al.* 2010

(15) Lipowski ZJ. 1989

fonctions de l'esprit (*mind*) sont des reflets de fonctions cérébrales (*brain*) » (16). Il détaille ses arguments en s'étayant sur les résultats de nombreuses études scientifiques : ce que nous appelons l'esprit n'est que le résultat du jeu d'un ensemble de fonctions du cerveau ; l'expression des gènes joue un rôle fondamental dans la détermination du comportement ; l'épigénétique (les modifications de l'activation des gènes induites par des interactions environnementales) peut expliquer l'effet de l'environnement sur les troubles mentaux (ainsi, selon sa formule : « *nurture is ultimately expressed as nature* » (16)). Même la psychothérapie agit probablement en modifiant le fonctionnement cérébral via les phénomènes de plasticité cérébrale. Reynolds *et al.* introduisent une précision dans leur article de 2009 (17) : les troubles mentaux sont des troubles cérébraux *fonctionnels*. Si l'on n'a pas reconnu auparavant le fait que les troubles mentaux sont des troubles cérébraux, c'est que l'on cherchait trop une modification de structure cérébrale, une lésion. En l'absence de telle lésion, les troubles psychiatriques étaient donc considérés comme d'origine inconnue. En réalité, pour les auteurs, nous savons maintenant que les troubles mentaux sont des troubles fonctionnels des circuits cérébraux et impliquent un enchevêtrement extrêmement complexe de systèmes, fonctionnant à différents niveaux (moléculaire, cellulaire, des circuits neuronaux...). Ils méritent donc pour Reynolds *et al.* d'être qualifiés de « troubles cérébraux complexes » (17) (*complex brain disorders*).

Cependant cette formulation paraît ambiguë, en ce qu'elle ne précise pas les rapports entre les troubles mentaux eux-mêmes, définis cliniquement, et les anomalies du fonctionnement cérébral mises en évidence. Les anomalies cérébrales sont-elles simplement associées aux troubles mentaux, sont-elles causales, ou bien sont-elles l'identité même des troubles mentaux (comme le laisse entendre le style lapidaire de la formulation) ?

Qu'implique au fond cette affirmation : « les troubles mentaux sont des troubles cérébraux » ? On comprend que l'enjeu n'est pas simplement de défendre le fait que les troubles mentaux comportent une composante cérébrale, mais bien que les altérations neurobiologiques sont causales dans les troubles mentaux. Il s'agit de nous convaincre de la primauté de l'altération cérébrale, d'où la minimisation des aspects psychologiques et environnementaux et la volonté

(16) Kandel ER. 1998

(16) C'est-à-dire, les interactions précoces (*nurture*) s'inscrivent finalement dans le matériel génétique lui-même (*nature*)

(17) Reynolds CF, *et al.* 2009

(17) Reynolds CF, *et al.* 2009

de les ramener au fonctionnement cérébral, via l'épigénétique ou la plasticité cérébrale (Cf. plus loin, Partie II, 1, A et B pour une critique de ce point).

C'est ainsi que, pour la majorité des auteurs, l'affirmation « les troubles mentaux sont des troubles cérébraux » a pour conséquence que ceux-ci ne sont pas différents en substance des troubles neurologiques. C'est par exemple la position défendue dans un article au titre explicite cosigné par un psychiatre, un neuropsychiatre et un neurologue : « Il est temps d'abolir la distinction entre les troubles mentaux et les troubles neurologiques » (9). Ils affirment en effet qu'« il est clair à présent que les troubles mentaux sont enracinés dans des dysfonctions cérébrales », et recommandent d'inclure dans les classifications nosographiques les troubles psychiatriques dans la catégorie des troubles du système nerveux central.

Cependant, un examen plus approfondi montre la faiblesse de cette argumentation. Concernant l'affirmation « les troubles mentaux sont des troubles cérébraux », et de ses différents niveaux de compréhension, un premier niveau, celui d'une association entre troubles mentaux et fonctionnement cérébral, est indiscutable : personne ne songerait à contester le fait que le fonctionnement cérébral soit impliqué dans les troubles mentaux. Cependant, cela ne prouve pas que ces anomalies du fonctionnement cérébral soient nécessairement la cause des troubles mentaux. Ce que prouvent ces recherches, comme White *et al.* (9) le pointent justement, c'est que « l'esprit est indivisible du cerveau » (et l'étude de ces liens se révèle effectivement passionnante !). Mais ce lien est à double sens : cela prouve autant que les dysfonctionnements cérébraux peuvent causer des troubles mentaux, que des troubles psychologiques ou des interactions avec un environnement délétère peuvent causer des modifications cérébrales. L'argument que la psychothérapie affecte le cerveau est également à double tranchant : il montre certes que la psychothérapie est une thérapie « biologique » mais il prouve aussi que les mesures psychosociales n'ont pas une importance secondaire par rapport aux traitements biologiques (voir également la Partie II, 1, A pour une critique de cet argument).

B. Fonder la psychiatrie sur les neurosciences biologiques : le choix d'une position mécaniste

(9) White PD, Rickards H, Zeman AZ. 2012

(9) White PD, Rickards H, Zeman AZ. 2012

Pourtant, cette affirmation sert d'argument à la proposition de fonder la pratique psychiatrique sur les neurosciences biologiques. En effet, la rhétorique de nombreux auteurs ne se limite pas à la recherche scientifique fondamentale mais concerne également la pratique clinique : c'est bien pour la psychiatrie, et non pour les neurosciences, que Kandel propose, selon le titre de son article, un « nouveau cadre intellectuel » (16). Il s'agit finalement, d'importer le « cadre intellectuel » de la recherche neurobiologique fondamentale en pratique psychiatrique, comme il l'expose clairement : « je me propose d'ébaucher un cadre intellectuel qui permettra d'aligner la pensée psychiatrique actuelle et la formation de futurs praticiens avec la biologie moderne » (16).

Le projet RDoC se situe dans la droite ligne de la proposition de Kandel. Tandis que Kandel se propose de donner un cadre « intellectuel » à la psychiatrie, le projet RDoC constitue un cadre pratique et financier (il vise à fédérer et soutenir financièrement les recherches). Il reprend et complète tout à fait le cadre intellectuel proposé par Kandel, qui est finalement déjà celui de la recherche neurobiologique fondamentale. La nouveauté est donc de se donner les moyens concrets d'appliquer ce cadre à la pratique clinique en psychiatrie.

Un article d'Insel et Quirion publié en 2005 (7) annonce dans son titre le même programme radical pour l'avenir de la psychiatrie : celle-ci sera une « neuroscience clinique ». Cette proposition est cette fois-ci plus détaillée. L'argumentation est la suivante : « logiquement, si les troubles mentaux sont des troubles des systèmes cérébraux, alors la visualisation de motifs d'activation cérébrale anormale sera la marque pathologique de ces troubles » (7). Ce qui permettra la mise au point de biomarqueurs diagnostiques et donnera une base neuroscientifique à la pratique psychiatrique. La circularité du raisonnement est apparente puisque le caractère visible des dysfonctionnements cérébraux permet d'abord de prouver que les troubles mentaux sont des troubles cérébraux, puis il est déduit de cette même affirmation. Cette argumentation paraît insuffisante pour justifier que la pratique psychiatrique doive être fondée sur les neurosciences, au point de se réduire à une « neuroscience clinique ».

Cependant, elle permet tout de même de justifier efficacement que les neurosciences soient intégrées à la pratique psychiatrique. En effet, le fait que les troubles mentaux impliquent des dysfonctionnements cérébraux reconnus paraît justifier l'intégration des neurosciences à la

(16) Kandel ER. 1998

(16) Kandel ER. 1998

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

formation des psychiatres et à la pratique clinique, même en l'absence d'application pratique décisive à l'heure actuelle. Il est plausible que cette inclusion permette un développement des recherches fondamentales, un rapprochement de ces recherches avec la pratique clinique, et puisse ainsi favoriser à terme la mise au point d'applications pratiques de ces connaissances (donc contribuer à régler le fameux problème de la *translation*). Si l'on attend des applications pratiques décisives pour former des psychiatres aux neurosciences, celles-ci ne viendront jamais puisque ce sont les psychiatres qui sont au contact des patients souffrant de troubles mentaux.

Comment expliquer la proposition de réduire la psychiatrie à une « neuroscience clinique », qui est avancée sans être suffisamment étayée par l'argumentation ?

Cette proposition résulte en fait d'une décision implicite en amont : le choix d'une position mécaniste. Le philosophe des sciences Carl Hempel définit ainsi la position mécaniste (18) dans le champ de la biologie : tenter de réduire les lois de la biologie à celles de la physique et de la chimie. La réduction, au sens méthodologique, signifie établir des connexions entre les lois de la biologie et celles de la physique et de la chimie. Le mécaniste (à l'opposé du vitaliste) part donc du principe que les être vivants sont des systèmes physico-chimiques complexes. Dans le champ de la psychologie, une application de la position mécaniste soutient que tous les phénomènes psychologiques sont fondamentalement de nature biologique et que les lois propres à la psychologie peuvent être réduites à celles de la biologie. Le chercheur reconnaît que cette prétention est pour l'instant hors de portée mais se sert d'elle comme « maxime heuristique », « principe directeur en matière de recherche » (18), qui tire sa justification des succès passés. En effet, comme le rappelle le médecin et philosophe Henri Atlan, c'est bien depuis la « révolution mécanique au XVII^e siècle » que les sciences de la nature ont conquis « une grande part de leurs succès [grâce] à l'élimination des interprétations finalistes fondées sur le modèle des intentions humaines [donc vitalistes] hors de ce qu'elles considèrent comme explications légitimes » (19).

Le projet RDoC vise bien à réduire la vie mentale à la neurophysiologie. Nous comprenons maintenant qu'il s'agit d'un choix en amont : d'où la difficulté de le défendre par des arguments, mais aussi le fait que la faiblesse même de l'argumentation ne pose pas problème.

(18) Hempel C. 1972, p. 134

(18) Hempel C. 1972, p. 134

(19) Atlan H. 2014, p 75

Il s'agit d'une décision méthodologique, d'un « principe directeur de recherche » : les concepteurs du projet RDoC sont bien conscients que la vie mentale ne peut être entièrement expliquée actuellement par la neurophysiologie. Mais ils misent sur le fait que la recherche sur les bases biologiques des troubles mentaux pourra à l'avenir fournir des clés décisives. Cependant, les concepteurs du projet RDoC n'espèrent pas simplement une meilleure compréhension (biologique) des troubles mais surtout des applications pratiques : marqueurs diagnostiques des troubles mentaux et traitements biologiques spécifiques. Les étapes principales de la démarche médicale classique (diagnostic, pronostic, traitement et même prévention) seraient alors entièrement déterminées par l'application des théories biologiques, tout comme c'est le cas selon eux dans les autres spécialités médicales (7). Le choix d'une position mécaniste est bien un choix pragmatique qui se justifie par son efficacité escomptée. Ainsi, Craddock *et al.* (6) assènt que : « les patients psychiatriques ne méritent pas moins qu'[une psychiatrie fondée sur les neurosciences] », c'est-à-dire qu'ils méritent des garanties - scientifiques- d'efficacité. La méthode scientifique, sur le modèle des sciences de la nature, est choisie comme voie vers l'efficacité.

C. Confiance en la science et idéal positiviste

De nombreux auteurs soulignent les avancées importantes des connaissances neuroscientifiques fondamentales dans les années 1990, qui ont été qualifiées de « Décennie du cerveau » (7) (*Decade of the brain*). Selon Eric Kandel, la séparation de la psychiatrie et des neurosciences s'est justifiée historiquement par l'immaturation des recherches fondamentales en neurosciences, ce qui n'est plus le cas actuellement : ce sont justement « les avancées dans les neurosciences de ces dernières années, [qui placent] la psychiatrie et les neurosciences dans une nouvelle position favorisant un rapprochement » (16).

Il existe un optimisme partagé dans les progrès à venir de la science, prolongeant ces succès passés. Cet optimisme est apparent dans le choix du vocabulaire : plusieurs auteurs parlent de « révolution » à venir : « progrès révolutionnaires » (7), « révolution de la *translation* neuropsychiatrique » (20). Selon White *et al.* (9), « nous sommes actuellement témoins d'une

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

(6) Craddock N, *et al.* 2008

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

(16) Kandel ER. 1998

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

(20) Braff L, Braff DL. 2013

révolution dans les sciences cliniques de l'esprit, les techniques des neurosciences fondamentales étant appliquées avec succès à la santé mentale ». Le temps des verbes est également révélateur : lorsque les auteurs évoquent les succès scientifiques à venir, les verbes sont volontiers conjugués au futur plutôt qu'au conditionnel. Cela donne une impression de certitude et d'imminence, par exemple dans cet article de Nancy Andreasen : « le partenariat entre la clinique psychiatrique et la recherche fondamentale en neurosciences a donné à la psychiatrie une base solide pour comprendre le mode de fonctionnement des médicaments psychotropes. Dans le futur, cela mènera à des approches de développement médicamenteux de plus en plus sophistiquées, au fur et à mesure que nous intégrerons nos connaissances des dysfonctionnements des circuits cérébraux en cause dans les troubles mentaux et les processus de mise au point de médicaments ciblés sur ces dysfonctionnements » (21). Enfin, cet optimisme dans les progrès à venir de la science est apparent dans la mise en avant des découvertes scientifiques les plus récentes. Ainsi, Insel et Quirion rapportent les résultats prometteurs d'une nouvelle approche, la « neurogénomique », mais indiquent que la « neuroprotéomique », approche encore plus récente, permettra sans doute d'aller encore plus loin (7)... Plus généralement, ces auteurs font fréquemment état de résultats « très récents » ou « tout juste en train d'émerger » mais néanmoins « très prometteurs » (dont on pourrait aussi se demander s'ils tiendront effectivement leurs promesses). Cet article est extrêmement bien documenté (36 références), avec de nombreuses références à des articles récents (l'article est publié en 2005 ; seulement 2 articles cités datent d'avant 2000, plusieurs articles cités sont publiés en 2005). Citer des études extrêmement récentes, voire en cours, est une manière de nourrir la promesse d'applications futures, sur un fond d'optimisme dans les progrès de la science.

En effet, les auteurs espèrent plus qu'une simple poursuite de l'accroissement des connaissances scientifiques fondamentales. Ils sont également confiants dans les possibilités d'application de ces connaissances en pratique clinique (c'est-à-dire dans la résolution à venir du problème de la *translation*). Cette confiance se retrouve par exemple dans un article qui recommande que le public soit « éduqué » car tandis que nos connaissances scientifiques fondamentales progressent rapidement, il est normal que l'application de ces connaissances en

(9) White PD, Rickards H, Zeman AZ. 2012

(21) Andreasen NC. 1999

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

pratique clinique procède bien plus lentement (20). Les chercheurs sont donc incités à s'abstenir dorénavant de promettre trop rapidement des avancées spectaculaires en pratique pour éviter des déceptions au public. Il s'agit donc pour le chercheur de garder sa confiance dans les progrès de la science, et dans la possibilité d'applications pratiques futures, de nourrir cette promesse auprès du public, mais en faisant bien comprendre que cela prendra du temps.

Cette confiance dans les progrès de la science et dans les possibilités à venir de mise au point d'applications pratiques des connaissances neuroscientifiques fondamentales s'enracine dans la position mécaniste décrite dans le paragraphe précédent comme décision méthodologique présidant au projet RDoC. En effet, celle-ci part du principe que l'on pourra expliquer à terme les lois de la vie mentale par celles de la biologie. Il s'ensuit donc le parti pris de fonder la psychiatrie sur la neurobiologie dès aujourd'hui, même en l'absence d'applications pratiques, tout en ayant confiance en les progrès à venir de la science et en la possibilité d'applications pratiques à long terme. Nous trouvons une illustration de ce parti pris et de l'optimisme dans les progrès de la science l'accompagnant dans un article d'Insel et Quirion soulignant les progrès accomplis dans les sciences fondamentales et les nombreuses pistes qui restent à explorer : « jusqu'à très récemment, 99% de ce qui a été écrit en neuro-chimie à propos des troubles mentaux s'est concentré sur moins de 1% du génome » (7). Les auteurs estiment que les applications pratiques viendront forcément vu l'immensité du champ inconnu (donc à découvrir) et puisque les connaissances fondamentales augmentent vite : ils font même des prédictions précises dans le temps. Ainsi la découverte de biomarqueurs diagnostiques et de traitements biologiques spécifiques devrait survenir dans les dix ans, ce qui les fonde à baptiser cette période à venir la « Décennie de la découverte ». Les auteurs voient donc le « verre à moitié plein », ce qui les confirme dans leur approche mécaniste, tandis que l'on pourrait aussi le voir « à moitié vide », c'est-à-dire penser que cette absence d'application pratique témoigne de l'incapacité d'une approche réductionniste à saisir la complexité de la réalité des troubles mentaux (*Cf.* Partie II, 1).

Mais quels seront, selon les concepteurs du projet RDoC, les rapports entre la pratique clinique et les connaissances neuroscientifiques ? Celles-ci seront-elles intégrées à la pratique, devenant une référence théorique parmi d'autres, ou formeront-elles la base de la pratique, à tel point que la pratique clinique se déduira totalement des données neuroscientifiques ?

(20) Braff L, Braff DL. 2013

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

L'article d'Insel et Quirion exprime sur ce point des positions contradictoires. Dans l'introduction et la conclusion, les neurosciences sont présentées comme devant simplement être incluses dans la formation, et intégrées à la pratique clinique, tandis que d'autres références théoriques et d'autres savoir-faire sont reconnus comme importants, comme les « compétences relationnelles » et la « connaissance du comportement » (7). Ces compétences sont même jugées comme « de plus en plus nécessaires dans cette ère dominée par la technologie », ce qui paraît pour le moins contradictoire avec le ton de l'article qui est un plaidoyer pour la prééminence des neurosciences... En effet, la majorité de l'article est un manifeste pour convaincre le lecteur que les neurosciences doivent devenir la base de la pratique psychiatrique. Or la pratique clinique en elle-même n'est quasiment pas abordée (l'article est centré sur des comptes-rendus de recherches fondamentales) et les éventuelles difficultés pour appliquer ces résultats de recherche en pratique clinique n'apparaissent pas. Implicitement, il faut comprendre que le problème de l'application des connaissances neuroscientifiques en pratique se règlera de lui-même avec l'augmentation de ces connaissances, jusqu'au jour où l'intégralité de la pratique clinique sera déduite de ces connaissances scientifiques fondamentales (Cf. Partie I, 2, C).

Au delà de l'approche mécaniste, la conviction que les problèmes d'application se régleront d'eux-mêmes avec les avancées des connaissances fondamentales c'est-à-dire que le problème de la *translation* se règlera finalement de lui-même, témoigne d'un idéal positiviste sous-jacent. En effet, cette conviction, qui suppose que l'approche scientifique se suffit à elle-même et parviendra un jour à expliquer l'ensemble des phénomènes du monde, est cohérente avec la doctrine développée par Auguste Comte au XIX^e siècle. Comte, fondateur du positivisme scientifique, a théorisé que l'esprit humain progresserait jusqu'à l'« âge positif », où les explications scientifiques rendront obsolètes et inutiles toutes les autres formes de connaissance (métaphysique, théologie...) (22). Le positivisme contient en lui l'idée qu'une connaissance scientifique « pure » est possible et est liée à une confiance dans le progrès de la science, qui, au fur et à mesure, se dégage des valeurs, pour dévoiler la vérité des phénomènes du monde. Pour le philosophe Jacques Bouveresse, « la prétention de ne pas avoir de philosophie est une caractéristique constante de l'attitude positiviste » (23). L'esprit humain renoncerait ainsi au « pourquoi » (recherche des causes premières et finales) pour se

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

(22) Kremer-Marietti. 1993, p.71

(23) Bouveresse. 2011, p.21

concentrer sur le « comment » (la formulation des lois de la nature) (22). Ainsi, dans une conception positiviste de la science, la question de l'application des connaissances scientifiques en pratique ne se pose pas, il s'agit d'un simple problème technique qui se règlera avec l'accroissement des connaissances scientifiques fondamentales. Toute forme de réflexion éthique ou épistémologique est considérée comme superflue. À l'« âge positif », la pratique sera totalement déduite de la théorie scientifique (Cf. Partie II, 2 pour une critique de l'idéal positiviste).

D. Les enjeux professionnels : réintégrer la psychiatrie dans le « courant principal » de la médecine

Il ressort de ces articles un consensus concernant le constat de l'identité des troubles psychiatriques et neurologiques, appelant en conséquence à la réunion de la psychiatrie et de la neurologie. Que la nouvelle spécialité soit baptisée neuropsychiatrie (20) ou « neuroscience clinique » (17), cette réunion aurait pour conséquence importante de « favoriser l'intégration de la psychiatrie dans le « courant principal » (*mainstream*) de la médecine, auquel elle appartient » (9), ce qui est présenté comme hautement souhaitable. Ainsi, Craddock *et al.* martèlent : « la psychiatrie est une spécialité médicale. Nous pensons que la psychiatrie devrait se comporter comme les autres spécialités médicales » (6). De nombreux auteurs insistent de manière répétée sur la similitude des troubles mentaux et des maladies somatiques (on trouve ainsi des comparaisons avec l'hypertension, le diabète, les cancers... (7)). De façon intéressante, un bon nombre de ces articles sont publiés dans des journaux non spécialisés en psychiatrie.

Selon les auteurs, les patients bénéficieraient de ce rapprochement : à la fois les patients souffrant de troubles psychiatriques qui seraient ainsi moins stigmatisés, et les patients souffrant de troubles somatiques qui pourraient être pris en charge de façon multidisciplinaire, leurs comorbidités psychiatriques étant mieux prises en charge (7).

(22) Kremer-Marietti. 1993, p.88

(20) Braff L, Braff DL. 2013

(17) Reynolds CF, *et al.* 2009 et Insel TR, Quirion R. 2005

(9) White PD, Rickards H, Zeman AZ. 2012

(6) Craddock N, *et al.* 2008

(7) Insel TR, Quirion R. 2005 et (16) Kandel ER. 1998

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

Cependant, la plupart des arguments en faveur d'un tel rapprochement sont les avantages retirés par la spécialité elle-même : il s'agit donc d'enjeux professionnels. Le rapprochement est vu comme un moyen pour la psychiatrie de faire face à deux de ses difficultés actuelles.

La première difficulté décrite est le stigma dont sont victimes les psychiatres par rapport aux autres spécialistes médicaux (7), celui-ci étant imputé au caractère moins scientifique de la psychiatrie par rapport aux autres disciplines (la psychiatrie étant décrite comme « en retard » par rapport aux autres spécialités médicales). La réintégration dans le « courant principal » de la médecine permettrait donc de diminuer ce stigma en gommant les différences entre la psychiatrie et les autres spécialités médicales.

La deuxième difficulté abordée est le problème du recrutement. Ainsi, plusieurs articles insistent sur la difficulté de recruter les étudiants les plus brillants malgré le caractère particulièrement stimulant de la carrière psychiatrique. Selon Craddock *et al.*, rendre la psychiatrie plus « médicale » permettrait certainement d'attirer les étudiants les plus « capables », « ouverts d'esprit » et « enthousiastes » : ceux qui pourraient devenir « les meilleurs docteurs » (6). De même, pour Kandel, mettre l'accent sur la biologie dans la formation en psychiatrie permettrait de recruter les étudiants les plus « doués », car cela rendrait la discipline « plus technologique », « sophistiquée », et « rigoureuse » (16).

La défense de la légitimité de la psychiatrie par rapport au « courant principal » de la médecine constitue un enjeu professionnel présent dès la naissance de la psychiatrie, comme le montre de manière convaincante l'historienne Jan Goldstein dans son ouvrage sur la naissance de l'aliénisme en France au début du XIX^e siècle (24). Elle situe l'origine du traitement moral dans les savoir-faire empiriques des « charlatans » (guérisseurs profanes dont les compétences pratiques ne s'accompagnaient d'aucune théorie) et décrit les efforts de Pinel pour faire accepter l'aliénisme naissant comme une nouvelle spécialité médicale et ainsi lui assurer une légitimité sociale. L'un des moyens mis en œuvre était, déjà à l'époque, de « scientiser » le traitement moral, notamment en le liant à l'étiologie des troubles (24), ainsi, le traitement moral devait agir sur les « passions », reconnues par Pinel et ses successeurs comme causes importantes de l'aliénation, avec tout ce que le terme comportait d'ambigu, entre le psychologique et le moral (émotions fortes autant que mœurs corrompues...).

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

(6) Craddock N, *et al.* 2008

(16) Kandel ER. 1998

(24) Goldstein J. 1997

(24) Goldstein J. 1997, p 130

L'historien Jean-Noël Missa décrit quant-à lui dans son ouvrage *Naissance de la psychiatrie biologique* les efforts des psychiatres dans la première partie du XX^e siècle pour rapprocher la psychiatrie des autres spécialités médicales et lui donner un statut également scientifique (25). C'est à cette période que de nombreux « traitements de choc » furent essayés, certains avec un succès durable (insulinothérapie, électro convulsivothérapie...), et des recherches scientifiques fondamentales tentèrent de comprendre le mode d'action de ces traitements découverts empiriquement. Découvrir le mode d'action de ces traitements, le relier à l'étiologie des troubles mentaux était nécessaire à l'établissement de la psychiatrie comme spécialité médicale à part entière.

Or les rapports de la plupart des spécialités médicales avec les sciences fondamentales ont évolué considérablement depuis cette époque-là. L'historien Jean-Paul Gaudillière décrit le resserrement de ces liens au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, ce qui fonde le terme de « biomédecine » pour qualifier cette nouvelle médecine. Au point que finalement, « le laboratoire de biologie [a remplacé] le service hospitalier comme site principal de la genèse des savoirs et des innovations à valeur médicale » (26). Il s'agit selon lui d'une « molécularisation des sciences de la vie et de la maladie » (26) : le passage d'une compréhension clinique à une compréhension physiopathologique, à un niveau de plus en plus microscopique. Actuellement, la plupart des spécialités médicales sont basées sur la physiologie et la physiopathologie, et mobilisent donc plus ou moins directement des connaissances issues des sciences fondamentales (notamment la biologie, mais également la biochimie et la biophysique), ces connaissances ayant des applications pratiques, avec l'utilisation de moyens diagnostiques et thérapeutiques faisant appel à une technologie plus ou moins sophistiquée (tandis que l'examen purement clinique est de moins en moins valorisé). Cette évolution a certainement permis en médecine un gain d'efficacité mais aussi un gain de légitimité, empruntant de l'aura dont jouissent la science et les scientifiques dans notre société (27).

Cependant, en psychiatrie, la pratique est restée déconnectée des sciences fondamentales, notamment des neurosciences biologiques, et reste au contraire très peu technologique mais basée essentiellement sur la clinique. François Danet décrit ainsi la distance qui s'est faite

(25) Missa JN. 2006, p 252

(26) Gaudillière JP. 2002, p 9

(26) Gaudillière JP. 2002, p 13

(27) Krishna V. 2013

entre la psychiatrie et les autres spécialités médicales (28) : « la segmentation du corps est devenue le mode de pensée dominant en médecine, les psychiatres ont développé un champ conceptuel toujours exotique à celui de la médecine, marqué par une appartenance plus floue et hétérogène que le modèle biomédical qui se constituait alors ». Il qualifie la place de la psychiatrie de « marginale sécante » (reprenant le terme du sociologue Jamous) : cette position peut jouer selon lui un rôle positif non seulement pour la psychiatrie mais également pour le reste de la médecine puisque cette position marginale s'enrichit du fait que les psychiatres maîtrisent des connaissances extérieures au modèle biomédical strict.

Au contraire, pour Insel et Quirion (7), la psychiatrie est « en retard » sur les autres spécialités médicales de part l'absence d'intégration de données scientifiques fondamentales (neurobiologiques) dans sa pratique, ce qui nuit à son efficacité mais aussi à sa légitimité sociale par rapport aux autres spécialités médicales.

Ainsi, le projet de baser la psychiatrie sur les neurosciences a des implications épistémologiques (choix méthodologique d'une position mécaniste), mais également des implications professionnelles : permettre à la psychiatrie de suivre le même chemin que les autres spécialités médicales en se fondant davantage sur les sciences fondamentales et assurer ainsi sa légitimité sociale.

Un autre sens de l'affirmation « les troubles mentaux sont des troubles cérébraux » se dégage ainsi : elle signifie que l'organe d'intérêt de la psychiatrie est clairement déterminé. Or, la biomédecine étant divisée en spécialités principalement en suivant le découpage des organes du corps humain, avoir un organe bien spécifié pour objet permet certainement de justifier sa place en tant que spécialité médicale légitime. Le conflit de territoire avec la neurologie apparaît alors inévitable et ne peut être résolu que par une fusion des deux spécialités (ce qui permet également de comprendre les propositions de créer une « neuropsychiatrie » ou une « neuroscience clinique » du point de vue des enjeux professionnels).

3. La « médecine expérimentale » de Claude Bernard comme modèle

Le projet RDoC, nous l'avons vu, ne vise pas simplement à donner un cadre à la recherche scientifique fondamentale mais bien à transformer à terme la pratique psychiatrique elle-

(28) Danet F. 2013

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

même. L'ambition est de fonder la pratique clinique sur la physiologie et la physiopathologie cérébrales.

Le projet de fonder la psychiatrie sur la connaissance scientifique du cerveau n'est pas nouveau en psychiatrie : l'historienne Jan Goldstein cite comme influence importante de Pinel le courant « matérialiste » (24) en médecine au XIX^e siècle, professant que la vie mentale est une propriété de la matière physique, contrairement au courant « spiritualiste » pour lequel l'esprit est une réalité distincte du corps, subtile, insaisissable. Ainsi, Cabanis affirmait-il que « le cerveau digère en quelque sorte les impressions [et] fait organiquement la sécrétion de la pensée » (24). Aussi Pinel se livra-t-il à des dissections de cerveaux de ses malades à la recherche de lésions observables. Il affirmait également que « la psychologie ne peut servir de base ni à l'étude ni à la classification des maladies mentales » (24), se rangeant à l'avis de Broussais selon lequel les maladies mentales devaient être définies par l'anatomopathologie et non suivant leurs symptômes (24). Nous retrouvons ici une des ambitions majeures du projet RDoC, mettre au point une classification des troubles mentaux basée sur la neurobiologie, anticipée de 200 ans ! (avec une différence de niveau : nous sommes passés du macroscopique au microscopique et du lésionnel au fonctionnel).

L'historien Jean-Noël Missa retrace les tentatives tout au long du XX^e siècle de relier les troubles mentaux à des causes organiques cérébrales, avec l'espoir de sortir ainsi la psychiatrie de son « nihilisme thérapeutique », de créer une psychiatrie « qui guérisse » (25), sur le modèle médical. La réussite la plus probante fut la découverte de l'implication du tréponème pâle dans la « paralysie générale » (syphilis tertiaire) (25).

Cet objectif constituait également un objectif sous-jacent au projet des DSM III à 5, comme nous le verrons dans la partie suivante (Partie I, 4, A).

Mais le modèle auquel peut s'identifier le mieux le projet RDoC est celui de la « médecine expérimentale » de Claude Bernard, élaboré au XIX^e siècle (10). Claude Bernard, médecin et biologiste, théorise une pratique de la médecine basée sur la connaissance et la maîtrise de la physiologie. Celle-ci s'acquérant par la pratique des expériences de laboratoire, il la nomme

(24) Goldstein J. 1997, p 81

(24) Cité par Goldstein J. 1997, p 317

(24) Cité par Goldstein J. 1997, p 318

(24) Goldstein J. 1997, p 320

(25) Missa JN. 2006, p 3

(25) Missa JN. 2006, p 41

(10) Bernard C. 2008

« médecine expérimentale ». L'on retrouve une approche mécaniste (Cf. Partie I, 2, B) : Claude Bernard définit ainsi son projet : « décomposer l'organisme comme on démonte une machine » (10), pour découvrir les « lois des phénomènes naturels », « non seulement pour les prévoir, mais dans le but de les régler et de s'en rendre maître » (10). Claude Bernard est conscient de la nécessité de croiser les données de la recherche fondamentale avec celles de la clinique, mais insiste sur la prééminence du laboratoire : la physiologie doit être réunie avec la pathologie et la thérapeutique, dont elle constitue le socle unificateur (10).

Claude Bernard a décrit trois stades d'évolution de la médecine : le stade le plus primitif des observations de hasard, puis celui de l'empirisme scientifique, puis enfin, celui de médecine expérimentale (stade véritablement scientifique). L'empiriste scientifique ne maîtrise pas la physiopathologie des troubles mais tente des traitements qui ont été reconnus empiriquement comme efficaces : sa démarche est le tâtonnement. L'expérience pratique joue un rôle fondamental. Cependant, l'empiriste scientifique brûle de découvrir la physiopathologie des troubles pour passer au stade véritablement scientifique de la médecine, qui lui permettra selon Claude Bernard une véritable maîtrise des lois de la nature, garantissant une efficacité thérapeutique (10).

La pratique clinique en psychiatrie est actuellement déconnectée de la physiopathologie des troubles mentaux, et est basée essentiellement sur la clinique : elle est donc au stade de l'empirisme scientifique si l'on suit le modèle bernardien. La citation suivante extraite de l'article d'Insel et Quirion reflète ce constat et montre que leur programme ébauché pour la psychiatrie suit tout à fait celui de Claude Bernard pour la médecine : « pour l'instant en psychiatrie, les traitements donnés à chaque patient sont surtout déterminés empiriquement ; à mesure que la compréhension des mécanismes physiopathologiques des troubles mentaux progressera, les traitements devraient devenir plus spécifiques » (7).

Enfin, nous avons vu dans la partie précédente (Partie I, 2, D) que la plupart des spécialités médicales ont suivi cette évolution, avec un resserrement des liens entre recherche fondamentale et pratique médicale au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, et que cette évolution a entraîné un gain d'efficacité (et de légitimité sociale). Pour Insel et Quirion, cette évolution est souhaitable pour la psychiatrie qui doit se rapprocher du modèle des autres

(10) Bernard C. 2008, p. 196

(10) Bernard C. 2008, p. 401

(10) Bernard C. 2008, p. 318

(10) Bernard C. 2008, p. 411

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

spécialités médicales pour enfin passer du « symptomatique » au « spécifique » et ainsi gagner en efficacité : « actuellement, nous disposons de traitements symptomatiques uniquement et non pas de traitements spécifiques. Les traitements actuels sont lents, incomplets, et ont des effets indésirables. [...] En psychiatrie comme dans le reste de la médecine, la connaissance de la physiopathologie doit permettre un diagnostic basé sur des biomarqueurs et un traitement spécifique d'une cible physiopathologique » (7).

Ce modèle de médecine promu par les concepteurs du projet RDoC cadre également avec le concept de « médecine personnalisée » (29) (*personalized medicine*), qui constitue un archétype de l'idéal bernardien de « médecine expérimentale » et l'aboutissement de l'évolution vers une « biomédecine ». En effet, ce modèle est celui d'une médecine utilisant dans sa pratique des technologies avancées, permettant non seulement un diagnostic mais aussi une caractérisation à un niveau microscopique de la maladie, avec pour objectif de délivrer un traitement spécifique du mécanisme physiopathologique. L'exemple type est celui de l'oncologie où l'histologie permet non seulement un diagnostic précis du type de tumeur mais également dans certains cas, par des techniques immunohistochimiques, de déterminer un traitement spécifique (par exemple : traitement adjuvant par anticorps monoclonal (trastuzumab, Herceptine*) dans les cancers du sein surexprimant un gène spécifique (HER2)). De fait, ce modèle de « médecine personnalisée » est appliqué par certains auteurs à la psychiatrie (30), le présentant comme le modèle vers lequel elle devrait tendre.

Ce modèle médical est fondé sur une approche de la causalité basée sur le déterminisme mécanique (Cf. Partie suivante : Partie I, 4, A), où le dysfonctionnement sur le plan neurobiologique cause directement le trouble mental. Insel et Quirion (7) donnent un exemple d'étude illustrant ce type de causalité. Il s'agit d'une étude mettant en évidence qu'un défaut de maternage et de léchage du rat nouveau né par sa mère, reproduit expérimentalement, est associé à une moins bonne réponse au stress à l'âge adulte. Cette étude a en outre permis d'identifier le fondement neurobiologique de cet effet à long terme : il est médié par une augmentation du récepteur au glucocorticoïde hippocampique, via la diminution de la méthylation du gène du promoteur de ce récepteur. Les auteurs insistent sur le fait qu'il s'agit de la mise en évidence d'une voie directe (*straightforward*) par laquelle une expérience

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

(29) Hamburg MA, Collins FS. 2010

(30) Ozomaro U, Wahlestedt C, Nemeroff CB. 2013

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

précoce peut avoir des effets prolongés sur le comportement via la neurobiologie. Le défi, pour eux, sera d'identifier des mécanismes similaires chez les humains.

Nous avons vu que le problème de la *translation* des connaissances neuroscientifiques fondamentales en pratique clinique était la cible ultime du projet RDoC (Cf. Partie I, 1). Le terme même de *translation* (20) rappelle le modèle de Claude Bernard : à la fois par l'objectif d'appliquer les données expérimentales à la pratique clinique mais également la prééminence du laboratoire sur la clinique. En effet, ce terme implique que les données scientifiques pourront s'appliquer directement, telles quelles, en pratique à l'avenir (se translater au sens géométrique du terme). Finalement, selon le modèle idéal de « psychiatrie translationnelle » (14) (*translational psychiatry*) promu par le projet RDoC, la pratique clinique sera entièrement déduite des données de la recherche scientifique fondamentale. Nous retrouvons sur ce point l'idéal positiviste (Cf. Partie I, 2, C), qui peut tout à fait s'appliquer au modèle de médecine expérimentale de Claude Bernard.

4. Un projet alternatif au DSM

A. Fonder l'explication des troubles mentaux sur le modèle mécanique et non statistique

Deux approches ont vu le jour successivement pour fonder scientifiquement une explication causale en médecine (31) : l'approche mécanique (issue de la médecine anatomoclinique, de la bactériologie et de la physiologie au XIX^e siècle) et l'approche probabiliste (née dans la deuxième moitié du XX^e siècle avec l'essor des statistiques).

Les modèles de causalité basés sur la physiologie sont caractéristiques d'une approche fondée sur le déterminisme mécanique (comme le montre l'exemple de la vulnérabilité au stress reproduite expérimentalement chez le rat, dans l'exemple de la partie précédente (Cf. Partie I, 3)).

La nécessité de l'approche statistique est venue de l'insuffisance de l'approche mécanique. En effet, avec l'augmentation des connaissances en médecine, la question de la cause des maladies est devenue de plus en plus épineuse, et dans la plupart des cas, nous avons dû abandonner l'espoir d'un modèle mono causal (modèle pastorien) pour un modèle de

(20) Braff L, Braff DL. 2013

(14) Licinio J. 2011

(31) Gueyffier F, Cucherat M. 2003

causalités multiples (modèle des facteurs de risque). Ainsi, l'approche mécanique « ne peut prétendre fonder seule des décisions médicales fiables » (31). L'approche statistique, elle, se désintéresse du mécanisme pathologique, mais tend à quantifier l'importance relative des facteurs de risque. Ainsi, elle ne peut expliquer le mécanisme d'action des traitements mais permet de comparer leur efficacité relative.

De ces deux modèles différents pour fonder une causalité, on peut dire qu'aucun des deux n'est suffisant en médecine, et qu'ils doivent idéalement se compléter (31). Ainsi, la formation médicale classique accorde-t-elle une grande importance à la physiologie et à la physiopathologie, enseignées dans les premières années et considérées comme des connaissances primordiales pour permettre aux futurs médecins d'aborder la sémiologie et la thérapeutique, enseignées dans les années suivantes (« Le déterminisme mécanique fonde le raisonnement médical classique » (31)). En même temps, l'utilisation de données statistiques, issues au mieux d'études randomisées et contrôlées, est considérée comme primordiale en pratique clinique et est largement enseignée aux étudiants en médecine, notamment via le modèle de l'*Evidence Based Medicine* (EBM) (Cf. Partie II, 2, B).

Nous avons vu dans un paragraphe précédent (Cf. Partie I, 2, D) que la psychiatrie, au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, avait « pris du retard » par rapport au reste de la médecine de par l'absence de liens entre la pratique clinique et les connaissances scientifiques fondamentales concernant la physiopathologie. Elle manque ainsi d'un fondement scientifique du point de vue d'une approche mécanique de la causalité.

En revanche, l'approche statistique s'est beaucoup développée en psychiatrie.

Le premier témoin de cette importance est la mise au point et l'autorité acquise par le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)), qui, à partir de sa troisième édition en 1980, a fondé son caractère scientifique sur l'utilisation des statistiques. En effet, les syndromes cliniques contenus dans le DSM III - et les éditions suivantes - ont été testés grâce à des calculs statistiques (le coefficient kappa mesurant la « fidélité inter juges ») et ces calculs ont été mis en avant comme garants absolus de fiabilité (32). Ainsi, le recours aux statistiques a assuré la garantie scientifique de la fiabilité des catégories diagnostiques, qui était la préoccupation essentielle

(31) Gueyffier F, Cucherat M. 2003

(31) Gueyffier F, Cucherat M. 2003

(31) Gueyffier F, Cucherat M. 2003. Il est également significatif que l'Université Lyon 1, qui abrite la faculté de médecine se nomme... Université Claude Bernard !

(32) Demazeux S. 2013, p 82

des concepteurs du DSM III. Cette « mathématisation » de la nosographie est en effet intervenue à une période de crise traversée par la psychiatrie américaine, caractérisée par une remise en cause de ses savoirs, de ses savoir-faire, de son cadre éthique et de son autonomie et, comme le soulignent Yannis Gansel *et al.* (33), elle a constitué une réponse permettant à la profession de sortir de cette crise.

Le deuxième témoin de l'importance de l'approche statistique en psychiatrie est le grand nombre d'études psychiatriques réalisées suivant les standards scientifiques acceptés par l'ensemble de la profession médicale (essais randomisés et contrôlés contre placebo notamment). Ainsi, un article français récent étudiant les pratiques actuelles liées au système de publication scientifique, en psychiatrie et dans d'autres spécialités médicales, conclut que « dans le paysage de la recherche biomédicale, la psychiatrie se situe extrêmement bien par rapport aux autres disciplines médicales. En effet, plusieurs revues en psychiatrie et en neurosciences possèdent des facteurs d'impact (*impact factor*) parmi les plus élevés des revues médicales » (34).

Peut-être ce fort investissement de l'approche statistique de la causalité en psychiatrie dans la deuxième moitié du XX^e siècle n'est-il pas sans lien avec l'incapacité de démontrer des déterminismes mécaniques (notamment physiopathologiques) ? En effet, l'approche statistique restait alors la seule à disposition pour fonder scientifiquement une causalité dans le domaine des troubles mentaux.

L'approche statistique se désintéresse de la causalité mécanique : cela fait sa force, et sa capacité à parvenir à un consensus. Ainsi, le DSM, basé sur l'approche statistique, a-t-il revendiqué un « athéorisme » concernant l'étiologie des troubles mentaux, dans le but de pouvoir être utilisé par les psychiatres de toutes obédiences théoriques (32).

Mais cela fait aussi sa faiblesse, avec la question du manque de validité des associations statistiques mises en évidence, et donc de la validité même des catégories nosographiques du DSM. Le concept de validité d'un diagnostic doit être compris ici comme la mesure dans laquelle celui-ci reflète « la nature de la réalité » (35), qui se traduit notamment par sa capacité à prédire l'évolution « naturelle » du trouble (sans traitement). L'approche statistique garantit la fiabilité (comme nous venons de la voir dans le paragraphe précédent) mais non la

(33) Gansel Y, *et al.* 2008

(34) Geoffroy PA, Amad A, Gaillard R. 2014

(32) Demazeux S. 2013, p. 151

(35) Kendell R, Jablensky, A. 2003

validité de la classification. Des controverses à ce sujet ont vu le jour dès la sortie du DSM III : les catégories nosographiques individualisées reflètent-elles des catégories « de la nature » ? Dans un débat datant de 1984 à propos du DSM III, le psychiatre américain Robert Michels se demande s'il est légitime de « découper la volaille selon la répartition des plumes » (32).

Ainsi, pour assurer la validité d'une catégorie nosographique, le modèle du déterminisme mécanique est supérieur, en ce que la mise en évidence d'un mécanisme physiopathologique en cause dans une maladie permet de faire le lien avec les lois de la biologie et assure ainsi que l'on « découpe la nature à ses jointures ». Selon le philosophe Steeves Demazeux, « le modèle de validité qu'a toujours visé la psychiatrie, c'est celui qui gouverne la médecine en général » (32) : la mise en évidence d'une étiologie organique. De fait, déjà pour Scipion Pinel, neveu de Philippe Pinel, « une étude de la folie qui procéderait en cataloguant les symptômes plutôt qu'en recherchant les causes organiques aurait aussi peu de sens que l'étude des maladies respiratoires procédant en cataloguant les variétés de toux » (24).

Si le DSM visait à assurer scientifiquement la fiabilité des diagnostics des troubles mentaux, proposant de revenir à une étape descriptive en psychiatrie précédant toute théorisation (d'où la revendication d'athéorisme), il y avait un espoir implicite que cette mise au point de catégories nosographiques fiables faciliterait les recherches étiologiques neuroscientifiques, et que celles-ci, dévoilant la physiopathologie des troubles mentaux, assureraient ainsi dans un deuxième temps la validité de la classification. Il y a donc un lien, bien que non explicité entre l'« athéorisme » du DSM et le projet de fonder la psychiatrie sur la neurophysiologie (33).

A ce jour, cet espoir a été déçu, ce qui fonde Steeves Demazeux à prononcer le verdict d'un « échec scientifique » du DSM : « le modèle médical qui lui sert de référence pour assurer la validité de ses tableaux cliniques n'a pas permis à la psychiatrie de sortir de son ornière » (32). La psychiatrie reste le parent pauvre de la médecine... Le projet RDoC est conçu pour relever ce défi.

Le projet RDoC est en lien étroit avec le DSM. Il est nommé ainsi en référence au projet *Research Diagnostic Criteria* (RDC) (36) qui a accouché du DSM III. Il est en continuité

(32) Demazeux S. 2013, p 358

(32) Demazeux S. 2013, p 203

(24) Cité par Goldstein J. 1997, p 325

(23) Gansel Y, *et al.* 2008

(32) Demazeux S. 2013, p 205

(36) Spitzer RL, Endicott J, Robins E. 1978

conceptuelle en ce qu'il ambitionne d'améliorer la validité des catégories diagnostiques des troubles mentaux en faisant le lien avec leur base physiopathologique. En revanche, il s'en démarque car il fait de cet objectif son point de départ et non un but implicite laissé pour l'avenir. Il délaisse donc l'approche statistique pour fonder la causalité des troubles mentaux et se concentre sur la mise en évidence de déterminismes mécaniques. Ainsi, il s'affranchit des catégories nosographiques du DSM, si fiables soient-elles, et son but explicite est de mettre au point à terme une classification des troubles mentaux alternative au DSM. La présentation du projet RDoC sur le site web du NIMH (4) dénonce ainsi le manque de validité des catégories diagnostiques du DSM (tout en reconnaissant leur fiabilité). De même, le directeur du NIMH, Thomas Insel, a publié sur son blog (4), juste avant la sortie du DSM 5, une note en soulignant les limites et présentant le projet RDoC, en insistant sur le fait que ce projet n'utilisait pas le DSM et visait à produire une classification alternative. Il rappelle notamment que le DSM n'incorpore toujours pas de marqueurs biologiques diagnostiques.

L'hypothèse des concepteurs du projet RDoC est que le problème de l'absence d'application des connaissances neuroscientifiques fondamentales en pratique psychiatrique (problème de la *translation*) est lié à l'utilisation de classifications empiriques qui manquent de validité. Ainsi, certaines catégories diagnostiques se révèlent-elles hétérogènes sur le plan du sous-bassement physiopathologique². Selon le site Internet du NIMH, « il serait surprenant que les clusters complexes de symptômes identifiés cliniquement correspondent spécifiquement à des anomalies génétiques ou neurobiologiques » (4). Au contraire, les recherches fondamentales mettent en évidence des anomalies biologiques transnosographiques, non spécifiques (par exemple : une même région préfrontale est impliquée dans la dépression et le PTSD...) (12). Jusque là, les données scientifiques ne cadrant pas avec les catégories diagnostiques actuelles ont été rejetées à la marge. Peut être ces anomalies sont-elles finalement spécifiques, non pas des syndromes définis cliniquement suivant les classifications actuelles, mais de syndromes qui restent à définir ? Peut être les syndromes définis cliniquement ne correspondent-ils pas à des mécanismes physiopathologiques fondamentaux ? Ainsi, Insel *et al.* (12)

(4) <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml> (consulté le 23.01.2015)

(4) <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml> (consulté le 23.01.2015)
2 Cuthbert BN, Insel TR. 2013

(4) <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml> (consulté le 23.01.2015)

(12) Insel TR, *et al.* 2010

(12) Insel TR, *et al.* 2010

prennent l'exemple de diabète qui cliniquement semble être une unique maladie, mais physiopathologiquement se distingue en deux types (1 et 2), avec des implications thérapeutiques majeures. C'est donc pour les auteurs la définition biologique qui doit primer sur la définition clinique.

Ainsi, le moyen prôné pour dépasser ce problème de la *translation* est de délaissier les classifications empiriques, de partir de la biologie et de faire le lien avec la clinique dans un deuxième temps, définissant ainsi des catégories nosographiques valides.

B. Baser la classification sur une approche dimensionnelle et non catégorielle

Le système de classification des troubles mentaux adopté dans le DSM depuis sa troisième édition peut être qualifié de catégoriel. En effet, les différents troubles sont présentés comme des entités distinctes, définies opérationnellement à l'aide de critères dont il est précisé le nombre à retenir pour pouvoir poser le diagnostic (37). Il s'agit donc d'une démarche binaire où le trouble est soit absent soit présent.

Comme le soulignent Kendell et Jablensky (35), le fait de lister des diagnostics, assortis d'une nomenclature officielle et de critères précis, soutient l'idée que ces classes sont des entités discrètes, avec des frontières établies, séparées clairement les unes des autres et de l'état normal. Ce qui est loin d'être le cas pour l'ensemble des diagnostics d'après ces auteurs. En effet, l'approche catégorielle a été critiquée en raison d'insuffisances de plus en plus soulignées tant en pratique clinique qu'en recherche fondamentale. En pratique clinique, l'élargissement des bornes des catégories questionne la validité des limites entre le normal et le pathologique, tandis que le taux élevé de comorbidité entre les troubles mentaux et l'importance des classes de troubles « non spécifiés » remettent en cause la validité des limites des catégories entre elles (37). En recherche scientifique fondamentale, la majorité de ces limites n'a pu être mise en lien avec des anomalies physiopathologiques spécifiques permettant de fonder scientifiquement la discontinuité (et ainsi la validité des catégories) ce qui pousse Kendell et Jablensky à supposer que ces limites pourraient ne pas exister « naturellement » (35) mais consisteraient plutôt en un *continuum* (une variation continue). En effet, de nombreuses anomalies biologiques retrouvées en recherche fondamentale se sont

(37) Demazeux S. 2008

(35) Kendell R, Jablensky A. 2003

(37) Demazeux S. 2008

(35) Kendell R, Jablensky A. 2003

révélées transnosographiques, tandis qu'au contraire, les catégoriques nosographiques définies au niveau symptomatique ont été mises en lien avec des anomalies physiopathologiques sous-jacentes hétérogènes (Cf. Partie I, 4, A).

Pour Kendell et Jablensky, les approches catégorielles et dimensionnelles ne sont pas mutuellement exclusives dans la conceptualisation des troubles mentaux. Ils proposent de rechercher les limites naturelles des troubles mentaux en testant selon les méthodes de la recherche fondamentale les entités nosographiques définies empiriquement. Si ces limites ne peuvent être mises en évidence pour certains troubles, une définition dimensionnelle de ceux-ci serait probablement préférable et la limite entre trouble et normalité devrait alors être décidée par convention, sur des critères pragmatiques (35). Ainsi, le projet de passer d'une approche catégorielle à dimensionnelle peut être mis en lien avec la quête d'une meilleure validité des catégories nosographiques. Robin et Rechtman soulignent que tandis que les DSM III et IV ont privilégié la fiabilité des catégories nosographiques, le DSM 5 commence à se préoccuper également de leur validité, ce qu'ils identifient comme un « changement de paradigme » (38). Ils donnent l'exemple de la « personnalité *borderline* adolescente », entité clinique peu compatible avec un système catégoriel rigide, qui a été récemment critiquée pour son manque de validité tandis qu'elle avait démontré une bonne fiabilité, et retirée du DSM 5 (38).

Lors de la préparation de la cinquième révision du DSM, l'éventualité d'un passage à une conception dimensionnelle des troubles de la personnalité et non plus catégorielle comme dans les précédentes éditions a été largement considérée et présentée dans certains compte-rendu de réflexions préparatoires comme un « changement de paradigme » majeur (32). Les auteurs les plus convaincus envisagèrent même que le modèle dimensionnel pourrait être appliqué à l'ensemble des troubles mentaux. Il s'agirait de circonscrire des dimensions fondamentales qui constitueraient une sortie de « table diagnostique » des éléments symptomatologiques que l'on pourrait alors combiner pour couvrir l'ensemble des troubles mentaux (32). Dans un article de 2009, Reynolds *et al.* indiquent que « la définition

(35) Kendell R, Jablensky A. 2003

(38) Robin M, Rechtman R. 2014

(38) Robin M, Rechtman R. 2014

(32) Demazeux S. 2013, p. 236

(32) Demazeux S. 2013, p. 237

multidimensionnelle des troubles est un but fondamental du groupe de travail du DSM 5 » (17).

Finalement, le groupe de travail sur les troubles de personnalité n'est pas parvenu à obtenir un consensus parmi les experts, et, après la présentation d'un modèle « hybride » mi catégoriel mi dimensionnel en 2010 extrêmement critiqué en raison de sa complexité et des difficultés prévisibles d'utilisation en pratique clinique, le modèle retenu pour les troubles de la personnalité dans la version finale du DSM 5 publiée en 2013 reste catégoriel (32) (le modèle « hybride » étant relégué en annexe, en tant que proposition « exigeant des études complémentaires »). L'utilisation du terme de « spectre » (autistique, schizophrénique...) témoigne tout de même dans le DSM 5 d'une volonté d'atténuer le caractère catégoriel de la classification en sous-entendant l'existence de limites moins tranchées entre les troubles.

Comme nous l'avons vu plus haut (Cf. Partie I, 1), l'approche promue pour les recherches qui entreront dans le cadre du projet RDoC est une approche dimensionnelle, basée prioritairement sur des mesures quantitatives qui devraient mettre en évidence un *continuum* entre normal et pathologique. Les troubles mentaux seront à repérer dans un modèle multidimensionnel, composé de diverses « dimensions fonctionnelles » (résumées dans la matrice reproduite dans la partie I,1). Dans ce sens, le projet RDoC suit les recommandations de Van Praag, pionnier de la recherche neurobiologique en psychiatrie, qui appelle depuis des années à abandonner l'approche catégorielle des troubles mentaux pour une approche dimensionnelle, la seule selon lui à même de permettre d'élaborer une conception des troubles mentaux reposant sur des données neurobiologiques (39).

Ce modèle multi dimensionnel se dégage de la conception binaire du symptôme (présent / absent) pour décrire quantitativement des traits qui « peuvent évoluer tout au long de l'existence entre deux extrêmes » (38). Outre le lien avec les données biologiques, ce modèle pourrait donc permettre rendre compte plus précisément des formes symptomatiques intermédiaires (entre normal et pathologique, et entre différents troubles). Enfin, il serait également plus à même de décrire l'aspect neurodéveloppemental des troubles mentaux (c'est-à-dire leur lien avec la maturation cérébrale), dont l'importance apparaît de plus en plus dans les recherches actuelles.

(17) Reynolds *et al.* 2009

(32) Demazeux S. 2013, p. 239

(39) Van Praag. 2010

(38) Robin M, Rechtman R. 2014

II. Critiques du projet RDoC

1. La question du réductionnisme biologique strict

A. Critiques pointant le manque de prise en compte des aspects psychologiques

Le réductionnisme biologique est en lien étroit avec la position mécaniste (Cf. Partie I, 2, B) : appliquée à la psychologie, cette approche postule que les phénomènes de la vie mentale peuvent être mis en lien avec des mécanismes cérébraux et que les lois de la psychologie peuvent être expliquées par les lois de la neurobiologie. Nous avons vu que pour le philosophe des sciences Carl Hempel (18), cette approche consiste en un « principe directeur de recherche », un choix méthodologique donc, se justifiant parfaitement, notamment sur un argument d'efficacité escomptée. Ce choix permet en effet de choisir des outils (ceux des neurosciences biologiques), et une méthodologie : tenter d'établir des connexions entre les lois de la neurophysiologie (qui sont de mieux en mieux connues) avec les lois de la psychologie, avec l'espoir de donner ainsi à ces dernières une base stable. Il s'agit donc de prendre pour modèle les sciences de la nature (biologie, physique, chimie...), de tenter d'instaurer en psychiatrie un paradigme dominant qui pourrait permettre d'homogénéiser le champ de la recherche et les méthodes utilisées (1).

Bullmore *et al.* (40) rappellent que le réductionnisme méthodologique n'implique pas le simplisme (malgré ce que le terme pourrait sous-entendre). Au contraire, le chercheur a hautement conscience de la complexité des phénomènes, qu'il cherche à aborder par de multiples niveaux d'analyse (approche qui rejoint les différentes « unités d'analyse » du projet RDoC) : « à chaque niveau de description biologique, nous ne pouvons pas nous attendre à trouver des explications directes du type : un agent à un niveau plus micro explique un effet à un niveau plus macro. Plutôt, il est probable que chaque niveau émerge d'interactions non linéaires entre de multiples agents organisés en réseau au niveau du dessous » (40). Pour le philosophe Kenneth Schaffner, c'est précisément cette approche consistant à croiser plusieurs niveaux d'analyse et à tenter d'établir des liens entre « macro-descriptions » et « micro-

(18) Hempel C. 1972, p. 134

(1) Kuhn T. 2008, p. 47

(40) Bullmore E, Fletcher P, Jones PB. 2009

(40) Bullmore E, Fletcher P, Jones PB. 2009

descriptions » qui caractérise l'approche réductionniste (11). Dans sa réflexion sur l'approche réductionniste en psychiatrie, il détaille différents modèles complexes proposés par les scientifiques (en prenant pour exemple la schizophrénie), et remarque que l'approche réductionniste en psychiatrie procède d'une manière pragmatique et pluraliste, en faisant appel à des disciplines variées. Cette approche entreprend d'assembler petit à petit les pièces du puzzle, plutôt que de viser à dévoiler des lois générales sur le modèle des sciences de la nature. Il signale également l'existence de controverses scientifiques et philosophiques épineuses dans ce champ particulier, notamment sur la question de la conscience et de ses bases cérébrales.

La conception vitaliste s'oppose diamétralement à l'approche réductionniste et soutient que certaines propriétés des êtres vivants ne peuvent être expliquées en ayant recours à des principes physicochimiques. Elle défend donc une certaine autonomie de la biologie par rapport à la chimie et la physique. Dans le champ de la psychologie, il s'agit de défendre que toutes les propriétés de l'esprit ne peuvent être expliquées par des principes neurophysiologiques, notamment celles qui engagent la subjectivité, c'est pourquoi je propose pour qualifier cette variante de la position vitaliste en psychologie le terme de « subjectivisme ». Ainsi, le subjectiviste penchera plutôt vers une méthode introspective, se concentrant sur des problématiques psychologiques, pour tenter d'expliquer les phénomènes mentaux (aussi qualifiés de « psychiques » pour se démarquer de la biologie). Le subjectiviste rejette ainsi les outils de la biologie et se résigne volontiers à manier des principes purement psychologiques, même si ceux-ci paraissent moins valides scientifiquement (impossibles à tester empiriquement), étant privés de base « objective », c'est-à-dire visible et reproductible.

Le réductionnisme biologique strict néglige une étude détaillée de la pensée à la recherche de lois psychologiques puisqu'il soutient que celle-ci est fondamentalement de nature biologique. C'est pour cette raison qu'il accorde une grande importance à l'étude de modèles animaux : en effet, le mécaniste voit une plus grande affinité entre le fonctionnement biologique du cerveau du rat et celui de l'homme que le subjectiviste, qui, se concentrant sur les aspects psychologiques, dénonce logiquement les insuffisances du modèle animal dans la compréhension psychologique et psychopathologique de l'homme.

(11) Schaffner K. Chapitre 59 : « Reduction and reductionism in psychiatry ». In : Fulford KW, Davies M, Gipps R *et al.* 2006, p. 1003-1022

Poussé à l'extrême, le réductionnisme biologique aboutit à un délaissement de la pensée : celle-ci n'est pas considérée comme un objet d'étude fertile en soi. Le projet mécaniste strict s'il aboutit, rendra toute psychologie inutile. C'est pourquoi les partisans d'une approche subjectiviste se sentent justement menacés par le projet mécaniste et réagissent souvent vivement. Ainsi, par exemple, le psychiatre danois Josef Parnas a écrit en 2014 un article critique du projet RDoC au titre évocateur : « *The RDoC program: psychiatry without psyche* » (41) : il y dénonce un « réductionnisme neurocentré » où un fonctionnement type de la vie mentale est associé, réduit à un circuit cérébral spécifique. Parnas est lui-même tenant d'une approche subjectiviste, d'orientation phénoménologique. Il a par exemple étudié en profondeur les « altérations du self élémentaire » (42) dans la schizophrénie et travaille actuellement au « Centre de Recherche sur la Subjectivité » à Copenhague. Ce que Parnas reproche au projet RDoC n'est pas le projet en soi d'établir des liens entre cognitions ou comportements et neurobiologie mais bien l'accent mis principalement sur les méthodes de la biologie et le délaissement d'une étude approfondie de la subjectivité.

Il convient cependant de préciser que toutes les branches des neurosciences ne négligent pas l'étude de la pensée. A cet égard, les neurosciences cognitives se différencient des neurosciences purement biologiques, en s'attachant à une étude détaillée de la cognition. Elles permettent ainsi de faire le lien d'un côté avec les neurosciences biologiques et de l'autre avec différentes approches psychopathologiques, y compris les plus subjectivistes. Un exemple de ce type de collaboration est l'ensemble des recherches tentant de rapprocher études phénoménologiques et travaux neuroscientifiques autour des troubles du vécu dans la schizophrénie. Le concept neurocognitif de « trouble de la salience », par exemple, qui renvoie à une difficulté à inhiber l'attention portée à des stimuli non pertinents ou familiers dans un contexte environnemental donné, entraînant leur « saillie » excessive, est sous tendu à la fois par des études phénoménologiques (subjectivistes) et par des données neurobiologiques (anomalies du système dopaminergique...) (43).

Le projet RDoC est relativement ambigu sur le type de recherche qu'il souhaite encourager. Dans le texte de présentation sur le site du NIMH, et dans les différents articles décrivant le projet, l'accent est principalement mis sur les neurosciences biologiques, ce qui m'a fondé dans la première partie à le relier à une approche réductionniste biologique stricte (Cf. Partie I, 2, B). Cependant, comme noté dans la première partie (Cf. Partie I, 1), dans la matrice

(41) Parnas J. 2014

(42) Parnas J, *et al.* 2005

(43) Nelson B, *et al.* 2014

présentée comme point de départ des recherches se trouvent des dimensions faisant référence à des expériences intimes, dont l'exploration fera nécessairement appel à une forme d'introspection (par exemple la dimension « perception de soi »), contrairement à ce qui est écrit dans le texte accompagnant la matrice, où il est spécifié que les dimensions fonctionnelles devraient comporter uniquement « des dimensions comportementales observables et des mesures neurobiologiques » (4). De même, parmi les différentes « unités d'analyse », nous trouvons celle de l'« auto évaluation » (*self report*), laissant supposer que le point de vue du patient sera effectivement pris en compte. Cependant, l'unité d'analyse considérée comme centrale est bien le circuit cérébral et toutes les autres unités devront être pensées dans leur articulation à partir de celui-ci (*Cf.* Partie I, 1).

La rhétorique accompagnant le projet RDoC témoigne d'une approche réductionniste biologique stricte en ce qu'elle vise à convaincre de la primauté du biologique sur le mental. Cependant, nous avons vu dans la première partie (*Cf.* Partie I.2.A) que l'argument du lien indissoluble entre le cerveau et l'esprit, illustré par l'affirmation « les troubles mentaux sont des troubles cérébraux », est à double tranchant. En effet, il prouve du même coup l'importance de la vie mentale qui, loin d'être secondaire et assujettie aux lois biologiques, peut même agir elle-même sur le fonctionnement cérébral ! On pourrait aller plus loin dans le sens contraire en soutenant que ces résultats illustrent peut-être plutôt la force que revêt chez l'homme le sens qu'il donne aux événements qui l'entourent, et l'importance de son univers symbolique. En effet, de nombreuses recherches dans le champ de la psychologie et de l'anthropologie soulignent ce fait qu'il est possible d'agir sur les réalités biologiques mêmes par une intervention au niveau psychologique ou au niveau des représentations culturelles. Dans le champ de la psychologie, ce sont toutes les études portant sur la « psychosomatique » au sens large : étude des liens réciproques entre *soma* et *psyché*. Dans le champ de l'anthropologie, citons par exemple l'étude de l'anthropologue Claude Lévi-Strauss reprise dans un chapitre de son ouvrage *Anthropologie structurale* (44). Lévi-Strauss y relate une intervention rituelle chez les indiens *Cunas* lorsqu'un chaman est appelé à l'aide par une sage-femme à l'occasion d'un accouchement difficile : celui-ci se lance alors dans une longue incantation relatant la quête de *purba* (l'âme de la parturiente), dont s'est emparé *Muu* (la puissance responsable de la formation du fœtus), ce qui explique le blocage de

(4) <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml> (consulté le 23.01.2015)

(44) Lévi-Strauss C. 1958

l'accouchement. Le récit consiste à la fois en un voyage mythique parsemé d'embûche et en un parcours symbolique de la filière génitale de la parturiente. Par ce récit mythique, la parturiente accède à une signification compréhensible de ses souffrances, culturellement partagée. Cependant, Lévi-Strauss constate qu'« ayant compris, [elle] ne fait pas que se résigner : elle guérit », ce qui le fonde à introduire le terme d'« efficacité symbolique » (44). Pour lui, « c'est le passage à cette expression verbale (qui permet, en même temps, de vivre sous une forme ordonnée et intelligible une expérience actuelle, mais sans cela, anarchique et ineffable) qui provoque le déblocage du processus physiologique » (44). Cette efficacité, indubitable pour Lévi-Strauss puisqu'elle conduit à la « délivrance », témoigne bien de la puissance de l'univers symbolique de l'homme sur la réalité biologique même.

L'argument qui soutient que malgré leurs liens réciproques indissolubles, la vie mentale n'est pas assujettie au fonctionnement biologique, mais a ses lois propres est un argument important contre une approche réductionniste biologique stricte. Les déterminants neurobiologiques peuvent être alors considérés uniquement comme des reflets de cette activité mentale (nous voyons que l'argument d'Eric Kandel donné en première partie est totalement retourné, lui qui affirmait : « toutes les fonctions de l'esprit (*mind*) sont des reflets de fonctions cérébrales (*brain*) » (16)).

Pour illustrer cette position subjectiviste, Wakefield prend une analogie informatique (45) : le logiciel informatique (*software*) est certes lié au matériel électronique (*hardware*), mais il a tout de même une vie propre. En effet, les lois de l'informatique ne peuvent être réduites à celles de l'électronique. De même tous les problèmes informatiques ne sont pas tous liés à des défauts du matériel électronique. Pourtant, si l'on analyse de près le matériel électronique (par exemple le disque dur), on trouvera une trace visible, encodée, de chaque action informatique. Les partisans d'une approche subjectiviste en psychiatrie soutiennent que celle-ci ayant pour centre d'intérêt la vie mentale, elle a forcément affaire à la subjectivité. De fait, on constate que les principales traditions psychopathologiques en ont fait leur centre d'intérêt privilégié.

La justification du projet RDoC est, on l'a vu, l'objectif de résoudre le problème de la *translation* (c'est-à-dire le problème de l'application en pratique clinique des données issues de la recherche scientifique fondamentale) (Cf. Partie I, 1). Mais l'on peut arguer que ce

(44) Lévi-Strauss C. 1958, p. 226

(44) Lévi-Strauss C. 1958, p. 226

(16) Kandel ER. 1998

(45) Wakefield JC. 2014

problème nait du projet mécaniste lui-même ! En effet, le problème de la *translation* émerge de la tentative d'expliquer les lois de la vie mentale par les lois de la neurophysiologie. Ce problème ne se pose pas à dans une approche vitaliste qui conteste la faisabilité d'un tel projet. L'existence même de ce problème de la *translation*, non résolu à ce jour, ne constitue peut-être pas la justification d'une approche réductionniste, mais témoigne peut-être au contraire de l'incapacité même du réductionnisme biologique à expliquer la complexité des troubles mentaux. Dans son blog du 4 décembre 2014, intitulé malicieusement *Lost in translation* (4), Thomas Insel évoque les nombreuses difficultés rencontrées dans l'application des connaissances fondamentales dans la clinique. Celles-ci ne sont pas insurmontables pour lui mais justifient au contraire que l'on redouble les efforts dans la direction réductionniste. En revanche, les implications conceptuelles de cette position ne sont pas discutées, par exemple la nature des difficultés rencontrées dans cette entreprise de *translation* ; l'article consiste essentiellement en une discussion des problèmes techniques rencontrés en recherche fondamentale.

B. Critiques pointant le manque de prise en compte des interactions environnementales

De même que l'approche prônant un réductionnisme biologique qui est celle du projet RDoC entraîne une marginalisation des aspects psychologiques et psychopathologiques, elle néglige également pour une grande part les aspects liés aux interactions des personnes avec l'environnement.

En effet, celles-ci sont réduites à leurs déterminants neurobiologiques, et notamment à l'épigénétique (c'est-à-dire les modifications de l'activité des gènes en lien avec les interactions environnementales). Le raisonnement développé par les concepteurs du projet RDoC est superposable à celui analysé dans le paragraphe précédent au sujet des rapports entre aspects psychologiques et neurobiologie : les interactions avec l'environnement laissent des traces biologiques visibles donc ces traces sont la preuve que les déterminants biologiques sont primordiaux dans la pathogenèse des troubles mentaux, même lorsque le lien entre le trouble mental et l'exposition à un environnement donné paraît évident. Cette argumentation peut être contestée de la même façon que nous l'avons fait dans la partie précédente (Cf. Partie II, 1, A) : elle démontre certes l'existence d'un lien indissoluble entre interactions environnementales et support neurobiologique, mais ne prouve pas la primauté de l'un ni de

(4) <http://www.nimh.nih.gov/about/director/index.shtml> (consulté le 23.01.2015)

l'autre. Ainsi, l'argumentation accompagnant le projet RDoC ne permet pas de conclure que les interactions avec l'environnement soient secondaires aux déterminants neurobiologiques dans la genèse des troubles mentaux.

Prenant le parti de n'étudier des interactions des personnes avec l'environnement, que leur aspect neurobiologique, le projet RDoC simplifie nécessairement extrêmement celles-ci. En effet, ces interactions sont ramenées à l'exposition à des facteurs de risque environnementaux. Dans l'exemple repris d'Insel et Quirion (7) (Cf. Partie I, 3) de la mise en évidence expérimentale d'une voie biologique directe (*straightforward*) par laquelle une expérience précoce (le défaut de maternage) peut entraîner des effets à long terme (moindre résistance au stress), les auteurs ne mentionnent à aucun moment les limites du modèle animal utilisé dans cette démonstration. En effet, ils se concentrent explicitement sur les mécanismes biologiques d'une telle interaction (qui sont supposés relativement comparables chez le rat et l'homme). La complexité de l'expérience de personnes confrontées à un environnement défavorable et le rapport non linéaire avec le développement éventuel d'un trouble mental ne peuvent être pris en compte dans ce modèle et le terme générique de « facteurs de risque psychosociaux » permet d'évacuer cette complexité. Le modèle défendu, basé sur l'objectivation et la quantification, est explicitement celui de l'exposition à des toxines chimiques, comme le montre cette citation d'Insel et Quirion qui indique la direction poursuivie : « pouvons-nous développer une science quantitative de l'exposition aux traumatismes psychosociaux comme nous avons fait pour les toxines environnementales ? » (7). Cependant, la difficulté sur laquelle bute ce modèle est la multiplicité des réponses individuelles face à ces « facteurs de risque psychosociaux ». Celle-ci ne peut s'éclairer que dans une prise en compte au cas par cas de la singularité de chaque situation, de la complexité du vécu de la personne lors de son interaction avec l'environnement, à la lumière de son histoire personnelle et du sens qu'elle y a attribué. Cette complexité échappe au modèle réductionniste biologique strict défendu par les concepteurs du projet RDoC, qui la définissent alors comme une « variabilité interindividuelle », nécessairement quasiment infinie.

Dans le même esprit, Wakefield (45), critique le fait que le projet RDoC n'accorde pas assez d'attention au contexte, avec toutes les nuances qui existent d'une situation à l'autre, et les résonances qu'elles peuvent avoir dans le vécu des personnes. Ce vécu ne peut jamais être

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

(45) Wakefield JC. 2014

interprété hors contexte, dans l'absolu, sans quoi nous aurions mis au point des tableaux précis décrivant l'ensemble des réactions humaines normales en fonction de l'exposition aux facteurs de risque connus. Pour Wakefield : « la matrice du projet inclut les influences environnementales, mais dans le sens restreint des facteurs de risque environnementaux, comme les traumatismes infantiles ou les troubles de l'attachement. Nulle part dans la matrice n'apparaît une reconnaissance adéquate des mécanismes psychologiques humains qui sont biologiquement conçus pour répondre avec sensibilité au contexte social et environnemental » (45).

Enfin, cette approche centrée sur les effets biologiques des interactions avec l'environnement simplifie nécessairement à l'extrême les déterminants relationnels de la genèse des troubles mentaux et de leur évaluation clinique. Or de nombreux courants théoriques en psychiatrie accordent une importance particulière au contexte relationnel lors de l'évaluation et du traitement des troubles mentaux. Ainsi, pour Maurice Corcos, « la complexité des théories psychopathologiques, et singulièrement de la psychanalyse [qu'il défend], tient à ce qu'elles mettent au centre de leur évaluation les pathologies du lien interhumain » (46).

Reprenons l'exemple d'un trouble de l'attachement, en référence à l'article d'Insel et Quirion (7) cité plus haut dans cette partie et imaginons l'exemple clinique d'un psychiatre confronté à un patient ayant vécu dans sa petite enfance une situation de carence affective grave, et se situant dans une problématique de trouble de l'attachement. Celle-ci entraîne une fragilité dans la manière d'entrer en relation avec autrui, avec généralement une répétition de liens interpersonnels instables. Cette problématique peut entraîner une faible estime de soi et retentir sur l'humeur, pouvant occasionner des épisodes dépressifs caractérisés. Ce qui importe au psychiatre, outre l'évaluation de la problématique d'attachement et de ses retentissements en termes de comorbidités psychiatriques, sera de comprendre comment cette interaction du patient avec un environnement délétère dans la petite enfance, retentit sur sa manière de nouer des liens, et se répète douloureusement tout au long de sa vie. Le but poursuivi en pratique clinique n'est pas de se faire une idée exacte de ce qui s'est réellement passé dans sa petite enfance. En ce sens, la quantification de la souffrance vécue pendant la petite enfance et la mise en évidence d'une marque biologique visible (génétique ?) d'une telle exposition à un environnement délétère, si elles étaient possibles, seraient de peu d'utilité

(45) Wakefield JC. 2014

(46) Corcos M. 2011, p. 35

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

diagnostique et thérapeutique pour le psychiatre dans cette situation clinique. On imagine mal que cette trace biologique puisse constituer un jour un biomarqueur diagnostique et encore moins une cible thérapeutique, comme les concepteurs du projet RDoC l'exposent (7). De plus, la manière de ce patient d'entrer en relation avec le thérapeute est évidemment un élément important pour cerner sa problématique d'attachement. Il en ressort que le contexte relationnel même de l'évaluation psychiatrique est d'une grande importance.

Il convient cependant de préciser que toutes les branches des neurosciences ne négligent pas l'étude des interactions des personnes avec l'environnement. Ainsi, par exemple, une branche des neurosciences cognitives s'intéresse spécifiquement aux « cognitions sociales », c'est-à-dire aux processus cognitifs en jeu dans les interactions sociales (par exemple reconnaissance des émotions faciales et théorie de l'esprit (47) (capacité à se représenter les états mentaux d'autrui)). Ces processus sont notamment très étudiés dans la schizophrénie où ils jouent un rôle important, notamment dans son pronostic fonctionnel (47) (intégration sociale et professionnelle...). Ces recherches neurocognitives permettent de faire le pont entre interactions sociales, processus cognitifs et bases cérébrales en jeu.

Le projet RDoC inclura certainement de telles recherches, et l'on constate notamment que certaines dimensions fonctionnelles sélectionnées et faisant partie de la matrice proposée comme point de départ pour les recherches concernent les interactions sociales (par exemple, la dimension « communication sociale ») (Cf. Partie I, 1). Cependant, c'est un axe qui est passé sous silence dans le texte de présentation accompagnant la matrice et dans les différents articles des concepteurs du projet RDoC, où il est uniquement fait mention de « mesures biologiques et de dimensions comportementales observables » (4). Il existe donc une certaine ambiguïté également à cet endroit, tout comme au sujet des dimensions impliquant nécessairement une prise en compte de la subjectivité (Cf. Partie II, 1, A).

C. La relégation de la pratique clinique au second plan

Le manque de prise en compte des aspects psychologiques et des interactions avec l'environnement va de pair avec la relégation de la pratique clinique au second plan, qui est

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

(47) Franck N. 2010

(47) Franck N. 2010

(4) Site Internet du NIMH <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml> (consulté le 23.01.2015)

un des partis pris méthodologiques du projet RDoC. En effet, bien que l'objectif principal du projet RDoC soit de parvenir à des applications des connaissances neuroscientifiques fondamentales à la pratique clinique (résoudre le problème de la *translation*), cette dernière est volontairement délaissée : il s'agit de partir des données fondamentales pour faire le lien avec la symptomatologie clinique dans un deuxième temps (méthodologie qui le distingue du processus de mise au point des classifications empiriques actuelles : DSM et CIM (Cf. Partie I, 1)).

Cependant, cette relégation au second plan de la clinique jette un doute sur la possibilité même d'établir des liens entre données scientifiques fondamentales et symptômes cliniques, et donc sur la réussite même du projet. C'est le point de vue du philosophe de la psychiatrie Bill Fulford (48), qui y voit un obstacle important et appelle à un projet « RDoC+ », c'est-à-dire un projet RDoC prêtant en plus une attention particulière à la symptomatologie clinique. Cette observation va dans le même sens que la critique de Maj (49), qui pointe que si le projet RDoC dénonce le fait que le DSM était trop éloigné de la recherche scientifique fondamentale pour parvenir à résoudre le problème de la *translation*, le projet RDoC, lui, est trop éloigné de la clinique, et court donc le même risque d'échec.

De plus, les entités nosographiques mises au point empiriquement, même si elles souffrent sans doute d'un manque de validité (Cf. Partie I, 4, A), se justifient tout de même par leur utilité clinique. L'existence même des diagnostics procède d'une nécessité pratique : fournir un cadre pour organiser la complexité de la clinique, s'orienter et permettre l'action (35). C'est le sens de cette remarque d'Allen Frances : « prenez le concept de schizophrénie par exemple. Notre concept actuel est clairement un cauchemar pour la recherche : hétérogène, avec des frontières floues, sans évolution ni réponse au traitement uniforme, sans clair lien direct avec la génétique ni les données cérébrales... Finalement, cette voie finale commune descriptive (la schizophrénie) se révélera probablement comme ayant des centaines de causes différentes et des dizaines de traitements différents. Mais pour l'instant, le concept de « schizophrénie » informe la pratique clinique et le projet RDoC n'a rien à proposer en remplacement pour cela » (50). Ainsi, malgré le manque de validité et l'imperfection de nos classifications empiriques des troubles mentaux, il est impossible de les abandonner

(48) Fulford KW. 2014

(49) Maj M. 2014

(35) Kendell R, Jablensky, A. 2003

(50) Frances A. 2014

immédiatement. C'est également l'avis de Michael First dans son article de 2014 commentant le projet RDoC (51), qui conclut qu'il est nécessaire pour l'instant de conserver les classifications des troubles mentaux basées sur les symptômes (DSM et CIM), même si le projet RDoC parvient effectivement à terme à mettre au point une classification basée sur la neurobiologie.

L'évacuation de la question de la pratique clinique dans le projet RDoC malgré l'ambition affichée de parvenir à la révolutionner est d'autant plus regrettable que le point de départ de l'activité psychiatrique est nécessairement la rencontre avec les patients, donc clinique (et non biologique). C'est ce que rappelle Joseph Parnas (41), qui insiste sur le fait que les compétences cliniques que sont la capacité à entrer en contact avec le patient, instaurer une alliance thérapeutique, écouter sa plainte et la décoder sont primordiales et ne peuvent être escamotées. Même si nous disposons un jour d'une classification des troubles mentaux basée sur la neurobiologie, en tant que clinicien nous aurons toujours besoin de nous orienter à l'aide de connaissances sémiologiques face à nos patients, pour éventuellement confirmer biologiquement les troubles dans un deuxième temps. Or ces connaissances cliniques sont particulièrement complexes à articuler et à appliquer en psychiatrie... Parnas dénonce la décision de placer la neurobiologie comme modèle exclusif de compréhension des troubles mentaux, rassemblant la totalité des espoirs d'avancées diagnostiques et thérapeutiques en psychiatrie : « l'objet de la psychiatrie est l'expérience altérée du patient, son expression, son vécu, associée à de la souffrance chez lui ou chez les autres. Un psychiatre traite une personne et non un circuit cérébral. Nous continuerons donc à avoir besoin d'une classification ancrée dans la phénoménologie, et dans laquelle le cerveau entre dans la mesure où des dysfonctionnements neurologiques sont pertinents au niveau diagnostique ou thérapeutique, et non car le cerveau a été déclaré le principal centre d'intérêt de la psychiatrie » (41).

Ce constat de la place centrale de la clinique en psychiatrie rejoint la conclusion de l'ouvrage de Georges Lanteri-Laura *Psychiatrie et connaissance* (3), qui propose un parcours philosophique à la recherche des « fondements de la connaissance en psychiatrie » pour conclure au caractère fondamental de la connaissance clinique. Pour lui, la clinique constitue

(51) First MB. 2014

(41) Parnas J. 2014

(41) Parnas J. 2014

(3) Lanteri-Laura G. 1991

« l'origine première et indispensable » de la connaissance psychiatrique, tout en se constituant dans un « tissu de dépendances à l'endroit d'autres disciplines » (3).

De fait, malgré ce qui est annoncé dans la présentation du projet RDoC, celui-ci ne se libère pas totalement de la clinique. Cela est visible dans la sélection d'« Unités d'analyse » reposant sur des méthodes d'investigation clinique : celle de l'auto évaluation (*self report*) et des mesures comportementales, ainsi que sur le choix de dimensions fonctionnelles ayant un lien avec la clinique (par exemple celle de la réponse à la menace, choisie en raison de sa pertinence dans la compréhension des troubles anxieux (Cf. Partie I, 1)). Cependant, la clinique est reléguée au second plan, et on comprend mal comment la nouvelle classification, basée sur la neurophysiologie mais coupée de la clinique, pourrait remplacer les classifications empiriques actuelles. En effet, si une nouvelle classification était effectivement mise au point, elle ne pourrait pas remplacer progressivement les classifications actuelles (par exemple en les modifiant et en les enrichissant de données neurobiologiques petit à petit), puisqu'elles ne se recouperaient pas forcément. Le passage d'une classification à l'autre ne pourrait alors se faire que dans une rupture brutale (véritable révolution scientifique !).

Il faudrait dans ce cas choisir entre l'une ou l'autre. Même alors, pour Parnas, la classification basée sur la clinique serait au moins aussi légitime que celle basée sur la neurophysiologie : « est-ce que deux patients présentant un tableau clinique typique de schizophrénie et de trouble bipolaire souffriraient du même trouble mental, s'ils montraient un profil identique sur le plan neurobiologique et neuropsychologique ? » (41). De même, que penser d'un patient qui présenterait une symptomatologie clinique de dépression mais n'en aurait pas les altérations neurobiologiques ? La psychiatrie s'est constituée en partie en « négatif », s'intéressant aux symptômes non expliqués par la démarche médicale d'autres spécialités (Cf. plus loin, Partie II, 2, B) et développant des modèles de compréhension psychopathologiques pour ces « névroses ». On comprend ainsi l'importance donnée aux aspects purement cliniques, ainsi qu'à l'intérêt apporté à l'étude de la subjectivité et des aspects relationnels en jeu dans les troubles mentaux.

De plus, dans la définition clinique et le traitement des troubles mentaux entrent également des déterminants sociaux, puisque la psychiatrie s'inscrit nécessairement dans le contexte social du moment, notamment de par ses rapports avec la justice, et via la question, d'actualité car posée de plus en plus explicitement, de la dangerosité des malades psychiatriques. Ce rôle social existe depuis la naissance de l'aliénisme, et est même pour Michel Foucault un

(3) Lantéri-Laura G. 1991, p. 269

(41) Parnas J. 2014

déterminant majeur de l'émergence de cette spécialité, ce qu'il montre dans son ouvrage critique *Histoire de la folie à l'âge classique* (52). Pour lui, la naissance de la conception scientifique d'aliénation mentale à la fin du XVIII^e siècle et l'émergence de l'aliénisme comme spécialité médicale sont plus justifiés par la nécessité de contrôle social par l'isolement et la rééducation morale d'une frange de la population considérée comme dangereuse pour le reste de la société que par des progrès dans la connaissance scientifique des maladies mentales ou par un mouvement philanthropique poussant certains médecins à soigner les aliénés (52). Il est certain que cette question mérite une attention particulière de la part des psychiatres, et une réflexion sur le poids que ce rôle social de la psychiatrie fait éventuellement peser sur la pratique clinique. En tous les cas, il est peu probable que la connaissance des mécanismes neurobiologiques des troubles mentaux vienne régler ces questions de manière définitive en dictant scientifiquement la pratique clinique psychiatrique comme les concepteurs du projet RDoC le présentent.

Au total, nous pouvons conclure avec plusieurs commentateurs que le projet RDoC apparaît comme un projet utile pour la recherche mais qu'il existe un doute sur la possibilité de mettre au point des applications pratiques (qui est pourtant sa justification majeure). Pour Allen Frances, « RDoC est nécessaire mais « survendu » » (50). C'est-à-dire qu'il est certainement utile pour guider la recherche fondamentale, mais que la présentation de ses concepteurs promettant l'application des connaissances scientifiques en pratique clinique dans un avenir proche est tout à fait irréaliste, et produit à des fins de promotion du projet.

Plusieurs auteurs critiquent également son ambition hégémonique, visible dans la minimisation des aspects psychologiques et des interactions avec l'environnement (*Cf.* Partie II, 1, A et B) et anticipent comme conséquence directe la favorisation des recherches scientifiques fondamentales au détriment des recherches orientées vers la clinique (puisque le NIMH est le plus gros organisme finançant des recherches en santé mentale au monde). Pour Allen Frances : « les paris sur la recherche neuroscientifique sont certainement nécessaires pour un meilleur futur, mais ils ne devraient pas dominer complètement le paysage » (50). De son côté, Joseph Parnas conclut : « le projet RDoC est légitime comme programme de

(52) Foucault M. 1972

(52) Foucault M. 1972, p. 378

(50) Frances A. 2014

(50) Frances A. 2014

recherche neuroscientifique mais il est hasardeux dans son ambition de devenir un paradigme totalisant et prescriptif pour la psychiatrie » (41).

2. Critiques de l'idéal positiviste

A. La pratique clinique ne peut se déduire directement des connaissances scientifiques fondamentales

Nous l'avons vu en première partie (Cf. Partie I, 2, C), la conviction que l'application en pratique clinique des connaissances scientifiques fondamentales se fera nécessairement avec l'avancée de la science, c'est-à-dire que le problème de la *translation* se règlera de lui-même, témoigne d'une conception idéalisée de la science que l'on peut rapprocher de l'idéal positiviste développé par Auguste Comte au XIX^e siècle.

Or ces difficultés d'applications tiennent en partie du fait que le contexte de toute recherche est nécessairement très différent du contexte de la pratique clinique, et cette différence est d'autant plus marquée que le niveau de la recherche est fondamental. En effet, il est nécessaire en recherche de « contrôler » certaines variables pour pouvoir en étudier seulement quelques unes, choisies pour leur pertinence. Le moyen de contrôler des variables est soit de les supprimer (isolement, protection des sujets de la recherche d'influences externes), soit de les homogénéiser (sélection des sujets de la recherche). Ainsi, la complexité est réduite artificiellement pour les besoins de la recherche.

Ce qui rend nécessairement l'application de ces résultats à la pratique clinique difficile. Le philosophe Alan Chalmers aborde cette question dans le champ des sciences de la nature : « la validité des théories s'établit largement sur des preuves obtenues dans les conditions artificielles de l'expérimentation contrôlée » : « les situations complexes rencontrées dans la réalité quotidienne échappent à une analyse scientifique complète » (53). Il se pose la question de la pertinence de l'application de cette méthodologie dans les sciences humaines : « les hommes, les sociétés et les systèmes écologiques ne sont pas des objets inanimés que l'on peut manipuler comme les objets de la physique » (53). Pour le médecin et philosophe Henri

(41) Parnas J. 2014

(53) Chalmers A. 1990

(53) Chalmers A. 1990, p 28.

Atlan, les sciences humaines tentent de se rapprocher des sciences de la nature de par leur recherche d'objectivité et de formalisation mathématique, mais elles s'en distinguent par les conditions d'observations où « l'observateur peut être en même temps l'observé » (19), et par les difficultés de l'expérimentation. Tirillées entre les deux pôles de cette contradiction, « il semble ainsi que les sciences de l'homme ne soient des sciences qu'à condition de n'être plus « de l'homme », et qu'elle ne concernent des hommes réels que si elles ne sont plus des sciences mais des « *humanities* » (19). Nous retrouvons la question du parti pris réductionniste et de sa pertinence pour expliquer les situations complexes et subjectives qu'impliquent nécessairement la prise en charge clinique des troubles mentaux (Cf. Partie II, 1).

Même les études scientifiques moins fondamentales mais plus proches de la clinique (par exemple les études randomisées contrôlées) utilisent nécessairement de telles procédures pour réduire la complexité clinique et n'étudier que quelques critères significatifs. Il est par exemple bien connu, et enseigné aux étudiants en médecine qu'il est capital d'analyser de près les critères d'inclusion des études cliniques avant de pouvoir juger de leur validité dite extrinsèque, c'est-à-dire de la possibilité de généraliser leurs résultats hors situation expérimentale. On se rend compte par exemple qu'une grande partie des recherches cliniques randomisées contrôlées menées pour tester l'efficacité des médicaments antidépresseurs dans l'Episode Dépressif Majeur ont inclus des patients n'ayant aucune comorbidité psychiatrique ni idées suicidaires (54)... Autant dire des patients que l'on rencontre rarement en pratique clinique ! Cette prise de conscience des difficultés d'application des données scientifiques fondamentales en pratique clinique a mené à nuancer la légitimité exclusive accordée aux études Randomisées Contrôlées dans la production des données scientifiques et à appeler à mener également des études dites « naturalistes », c'est-à-dire en « conditions réelles » de soin (55), dont les résultats sont supposés être plus facilement applicables à la pratique clinique.

Ces difficultés pour appliquer les résultats des études scientifiques en pratique clinique justifient également la mise au point de modèles permettant de faciliter au clinicien l'intégration de données scientifiques dans sa pratique clinique, par exemple celui de l'*Evidence Based Medicine* (EBM) (voir plus loin, Partie II, 2, C).

(19) Atlan H. 2014, p.73

(19) Terme anglo-saxon désignant les sciences humaines. Atlan H. 2014, p. 73

(54) Corruble E. 2010

(55) Doron CO. 2009

C'est précisément la négligence de ces difficultés d'application des données scientifiques en pratique clinique que Weinberger et Goldberg (56) pointent dans leur commentaire du projet RDoC : « les psychiatres rencontrent des patients « dans la vraie vie » (*real world patients*), avec des problèmes « de la vraie vie » (*real world problems*), et leurs décisions ne sont pas prêtes d'être informées par des paradigmes simplistes basés sur des IRM fonctionnelles ou des associations génétiques faibles. Ils utilisent le diagnostic pour les aider à organiser le paysage clinique complexe » (56). Pour Weinberger et Goldberg, le projet RDoC fournira sans doute des données scientifiques intéressantes qui pourront avoir des conséquences dans la pratique clinique à l'avenir, mais ils doutent qu'il puisse régler entièrement la pratique clinique comme ses concepteurs le présentent.

Fava fait un pas de plus dans la critique de la confiance excessive en la capacité des données scientifiques à régler la pratique clinique, dans son commentaire du projet RDoC intitulé de manière lapidaire : « *Road to nowhere* » (57). Pour lui, une transposition des outils et des données issus de la recherche scientifique fondamentale en pratique clinique sans prendre en compte les spécificités de celles-ci peut être délétère pour la clinique. Il prend l'exemple du diagnostic critériologique mis au point initialement pour la recherche avant d'être largement diffusé en pratique clinique par le DSM III et dénonce le fait qu'« une confiance exclusive dans des critères diagnostiques a appauvri le processus clinique et ne reflète pas la complexité du raisonnement qui sous-tend les décisions en pratique psychiatrique » (57). Pour Fava, il est impossible de négliger certains aspects essentiels de la pratique clinique, qui ne peuvent pourtant être dictés par des données issues de recherches scientifiques : « la psychopathologie et le jugement clinique sont écartés comme des méthodes non scientifiques et obsolètes. Pourtant dans la pratique de tous les jours, les psychiatres utilisent l'observation, la description et la classification, ils testent des hypothèses explicatives et formulent des décisions cliniques » (57). Cette rationalité, tout en ne se basant pas sur des résultats d'études scientifiques, correspond tout de même à une démarche rigoureuse, que l'on peut qualifier de scientifique (elle nous rappelle la description de l'« empirisme scientifique » de Claude Bernard, qui, si elle n'est pas parvenue au stade scientifique final de la « médecine expérimentale », n'est pas pour autant une pratique « aveugle », (Cf. Partie I, 3)).

(56) Weinberger DR, Goldberg TE. 2014

(56) Weinberger DR, Goldberg TE. 2014

(57) Fava GA. 2014

(57) Fava GA. 2014

(57) Fava GA. 2014

Pour illustrer ce point, prenons l'exemple clinique d'une décision à prendre de sortir ou non un patient de chambre d'isolement. Cette décision peut bien sûr s'appuyer sur des arguments médicaux (tels qu'une réflexion diagnostique ou une étude du traitement pharmacologique administré) et faire appel à des données issues d'études scientifiques. Cependant, des arguments purement cliniques entrent également en ligne de compte, par exemple la qualité du contact relationnel qu'il est possible d'établir avec ce patient, ou même des arguments liés au contexte, comme le nombre de personnel composant l'équipe soignante ce jour-là. Ainsi, la rationalité d'une telle décision clinique se devra d'être fondée sur une évaluation méticuleuse de la situation et ne peut être entièrement réduite à l'application de données scientifiques.

L'idéologie positiviste postule que les progrès dans les sciences fondamentales apporteront la réponse à tous les problèmes et permettront de se passer de questionnements éthiques et épistémologiques (22). Cette position est critiquée par Wakefield (45) qui affirme au contraire que le projet RDoC a besoin d'un cadre conceptuel. En effet, tous les questionnements soulevés en pratique clinique ne se régleront pas simplement avec l'accroissement des connaissances scientifiques fondamentales. Par exemple, le problème de la limite entre le normal et le pathologique, qui revêt une importance pratique cruciale n'est pas susceptible d'être réglé une fois pour toutes par les avancées scientifiques : « des limites valides des troubles n'émergeront pas de l'empirisme dimensionnel du projet RDoC lui-même. [...] La limite à laquelle une variable dimensionnelle devient une maladie n'émerge pas toujours d'une discontinuité littérale, mais plutôt nécessite de la théorie pour identifier une frontière conceptuelle » (45). Wakefield reprend les exemples de l'hypertension et de l'hypercholestérolémie, qui sont pris comme modèles dans la présentation du projet RDoC, pour démontrer que les seuils définis actuellement sont controversés dans le milieu scientifique et n'ont rien de définitif. Sa conclusion est une condamnation de l'idéal positiviste selon lequel l'avancée de la science permettra de se dispenser de « fondements conceptuels » : « étudier le cerveau ne nous dispense pas du défi conceptuel de distinguer le trouble de la normalité, cela déplace simplement le problème à un niveau plus profond. Le projet RDoC manque sérieusement de composant conceptuel qui pourrait connecter son

(22) Kremer-Marietti. 1993, p.71

(45) Wakefield JC. 2014

(45) Wakefield JC. 2014

empirisme ambitieux avec les problèmes conceptuels du diagnostic qu'il se donne comme objectif de résoudre » (45).

Cette réflexion se rapproche de celle du médecin et philosophe Henri Atlan qui rappelle, défendant la nécessité d'un questionnement éthique, que les « tentatives de naturalisation de l'esprit [visant à faire entrer l'étude des phénomènes mentaux dans le domaine des sciences de la nature] ne suppriment pas les problèmes métaphysiques posés depuis les origines de la philosophie ; elles déplacent les problèmes en les rapprochant des sciences physiques et biologiques et les éloignent ainsi de la métaphysique classique, mais sans les réduire aux problèmes que posent les sciences de la nature » (19).

Le réductionnisme méthodologique a été défini plus haut comme une approche méthodologique légitime pour la recherche (Cf. Partie I, 2, C). Il s'agit cependant d'éviter le glissement vers l'idéologie réductionniste, qui constitue une position dogmatique (Cf. plus loin, Partie III, 2, A) consistant à croire que le modèle réductionniste permettra de dicter la pratique, et peut donc constituer un modèle théorique hégémonique et dispenser d'une réflexion proprement pratique, ainsi que d'une réflexion conceptuelle concernant les difficultés soulevées par l'application des données issues des recherches scientifiques en pratique clinique.

B. Une vision idéalisée du « courant principal » de la médecine

Le projet RDoC, on l'a vu (Cf. Partie I, 2, D), prend le « courant principal » de la médecine, c'est-à-dire la médecine « somatique », comme modèle pour la psychiatrie. Ainsi, il aspire à une « révolution scientifique » en psychiatrie, qui l'amènerait à imiter ce modèle en basant sa pratique clinique sur la connaissance de la physiologie. A l'opposé, les critiques de ce projet (notamment « subjectivistes ») affirment que la psychiatrie est différente par nature de la médecine somatique. Ainsi, pour Bracken *et al.* : « la psychiatrie n'est pas la neurologie, ce n'est pas une médecine du cerveau, [...] elle ne peut fonctionner avec la même « épistémologie » (5).

Finalement, ces deux positions extrêmes semblent partager une vision caricaturale de la médecine somatique, considérée comme parfaitement « scientifique », c'est-à-dire comme une médecine où la pratique clinique se déduit entièrement des données scientifiques concernant

(45) Wakefield JC. 2014

(19) Atlan H. 2014, p. 88

(5) Bracken P, *et al.* 2012

la physiologie. Pourtant, la médecine somatique est elle aussi confrontée au problème de l'application des données issues des recherches scientifiques en pratique clinique. La pratique médicale est certes basée sur la connaissance et la maîtrise de la physiopathologie autant que possible mais est loin de s'y résumer.

Tout d'abord, nous avons vu (*Cf.* Partie I, 4), que le modèle bernardien d'une médecine clinique basée sur la physiologie a montré historiquement ses limites, ce qui a expliqué l'émergence du modèle probabiliste pour fonder scientifiquement les décisions en médecine, en complément du modèle mécanique. L'existence d'une explication satisfaisant au déterminisme mécanique n'est pas la règle en médecine somatique.

Historiquement, différents modèles de conceptualisation de la maladie sont apparus successivement (58) mais, sans que les nouveaux venus remplacent totalement les précédents dans le raisonnement médical. Ainsi, même actuellement où le modèle dominant est le modèle « biomédical » (qui privilégie la définition étiologique des maladies, à un niveau biologique, voire moléculaire), certaines maladies sont toujours définies sur le plan syndromique. Le modèle de « médecine personnalisée » (29) (*Cf.* Partie I, 3) reste un modèle idéal, et loin de pouvoir s'appliquer à la majeure partie de la pratique clinique en médecine somatique actuellement. L'exemple du « diagnostic de précision » moléculaire, assorti de son traitement biologique spécifique, est encore marginal (même au sein de l'oncologie).

En effet, la définition de nombreuses maladies repose sur des critères basés non sur la physiopathologie mais sur la symptomatologie clinique (comme la migraine, par exemple). Ainsi, selon Nemeroff *et al.*, le fait que le diagnostic en psychiatrie soit basé sur la clinique uniquement n'est « en réalité, pas très différent de celui d'un grand nombre d'autres troubles, allant du syndrome du côlon irritable aux épilepsies et aux dystonies, à la fibromyalgie et au syndrome de fatigue chronique » (59).

Ainsi, le concept de maladie ne recouvre pas des réalités homogènes, mais est par essence plurivoque. Georges Lantéri-Laura rappelle que les maladies peuvent être définies à différents niveaux se référant à des ordres de connaissance distincts (3) (par exemple, définition au niveau syndromique (sur le modèle de la « médecine des espèces ») ou au niveau étiologique (modèle anatomoclinique)). En pratique, le clinicien doit nécessairement naviguer entre ces

(58) Foucault M. 2009

(29) Hamburg MA, Collins FS. 2010

(59) Nemeroff CB, *et al.* 2013

(3) Lantéri-Laura G. 1991, p. 86

différents ordres de connaissance. Stein (60), par exemple, décrit la situation clinique d'un médecin somaticien qui, face à un patient se plaignant de céphalées, doit mobiliser plusieurs types de raisonnements pour parvenir à une définition de la maladie : rechercher une étiologie pouvant causer mécaniquement la douleur (tumeur, anévrisme...) ou bien classer la douleur selon une approche symptomatique (selon la classification de l'*International Headache Society**, symptomatique et critériologique, fonctionnant sur un mode similaire au DSM). Stein qualifie d'irréaliste l'ambition du projet RDoC d'unifier la définition des troubles mentaux en mettant au point une classification basée sur la neurobiologie, puisqu'elle prend pour modèle une conception idéalisée de la médecine somatique où toutes les maladies seraient définies en rapport avec la physiologie.

En psychiatrie, les définitions des troubles sont éminemment disparates : maladies, syndromes, structures... (3) (Songeons par exemple aux différences majeures entre un trouble de personnalité, un Trouble Dépressif Majeur, et un Trouble Schizophrénique). L'ambition du projet RDoC d'unifier la définition des troubles mentaux, malgré le fait que cela ne soit pas le cas dans les autres spécialités médicales et malgré le caractère encore plus hétérogène au premier abord des troubles mentaux, a probablement été rendue possible par l'approche des troubles psychiatriques adoptée par le DSM depuis sa troisième édition, largement acceptée depuis. Celui-ci a en effet utilisé le terme générique de « trouble » (*disorder*), choisi pour être le plus neutre possible, et permettant une définition pragmatique basée sur la présence d'une « souffrance cliniquement significative » ou d'une « altération du fonctionnement social ». La juxtaposition des différents troubles mentaux, affublés d'un code numérique, a eu pour résultat, selon le philosophe Steeves Demazeux, d'« oblitérer l'hétérogénéité des troubles psychiatriques » (32).

Par ailleurs, ce que nous avons dit au sujet de la difficulté de l'application des données neuroscientifiques fondamentales en pratique psychiatrique (*Cf.* partie précédente : Partie II, 2, A) vaut également pour la médecine somatique. En effet, la pratique clinique n'est pas plus qu'en psychiatrie déduite directement des données scientifiques. Au contraire, cette application s'avère souvent compliquée et une part importante du raisonnement médical demeure purement clinique. Le modèle de la Médecine Basée sur les Preuves (*Evidence*

(60) Stein DJ. 2014

* « Société Internationale des Céphalées »

(3) Lantéri-Laura G. 1991, p 258

(32) Demazeux S. 2013

Based Medicine (EBM)), a été développé dans les années 1980 justement dans le but d'aider le clinicien à tenir compte dans sa pratique clinique des données scientifiques, notamment issues des études statistiques (61). Les Recommandations de Bonne Pratique suivent cette logique, en classant leurs recommandations en trois catégories (de A à C) suivant le degré de validité des preuves scientifiques disponibles. Mais ce modèle reconnaît tout à fait qu'il incombe au clinicien d'appliquer ces recommandations en pratique et que la place laissée pour le jugement clinique est importante : selon Sackett, un des fondateurs de l'EBM, « il s'agit d'intégrer l'expertise clinique individuelle et les meilleures données scientifiques disponibles » (61). Sackett reconnaît que « sans expérience clinique, la pratique court le risque d'être « tyrannisée » par les données scientifiques, car même la meilleure preuve scientifique peut être inapplicable ou inappropriée pour un patient singulier. A l'inverse, sans le fondement des données scientifiques, la pratique risque de devenir rapidement dépassée, au détriment des patients » (61). Le jugement clinique se situe précisément dans ce jeu entre théorie et pratique, et consiste justement en l'art de concilier au cas par cas en pratique clinique données théoriques et éléments purement cliniques (*Cf.* plus loin, Partie III, 2).

Les difficultés d'application pratique des données scientifiques viennent en partie de ce qu'une part importante de la pratique clinique en médecine somatique ne peut être modélisée dans une approche scientifique sur le modèle des sciences de la nature. En effet, cette approche repose sur une méthodologie réductionniste dont nous avons vu qu'elle ne peut prendre en compte la subjectivité ni les aspects relationnels (*Cf.* Partie II, 1, A). Or ces aspects-là sont loin d'être absents dans la pratique de la médecine somatique.

Il existe par exemple une importante variabilité de la plainte (les symptômes « subjectifs ») suivant les patients, avec les mêmes signes « objectifs » (c'est-à-dire rendus visibles par les examens complémentaires). Il est ainsi enseigné aux étudiants en médecine que pour de nombreuses affections, il n'y a pas de « corrélation radio-clinique », c'est-à-dire de lien entre les anomalies visibles à l'imagerie et la gêne fonctionnelle ressentie par le patient. Dans l'exemple des lombalgies communes, qui constituent un motif fréquent de consultation en médecine générale, les études montrent que les facteurs biomédicaux (données radiologiques) sont moins fiables pour prédire le passage à la chronicité que les facteurs psychosociaux (par exemple la représentation que le patient a de son symptôme) (62).

(61) Sackett DL, *et al.* 1996

(61) Sackett DL, *et al.* 1996

(61) Sackett DL, *et al.* 1996

(62) Martin-Mattera P, *et al.* 2010

Enfin, bien que difficilement modélisables en recherche scientifique, les aspects relationnels sont souvent reconnus comme importants dans la pratique par les cliniciens expérimentés. Selon le mot de Michael Balint, le médecin « se prescrit lui-même » dans le sens que son style relationnel importe dans l'évaluation et le traitement même des troubles somatiques : « le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale [est] le médecin lui-même. Autrement dit ce n'est pas uniquement la fiole de médicament ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son malade ; en fait l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris » (63).

Cependant, force est de reconnaître que la tendance actuelle (depuis le milieu du XX^e siècle) est de tenter de baser le plus possible la pratique médicale sur la connaissance de la physiopathologie, et ainsi se rapprocher de l'idéal bernardien de « médecine expérimentale ». Cette tendance a été qualifiée d'évolution vers une « biomédecine » (Cf. Partie I, 2, D). Elle est en lien avec une approche réductionniste qui tend à minimiser les aspects relationnels et liés à la subjectivité car ceux-ci ne peuvent être pris en compte (Cf. Partie II, 1, A). Ainsi ceux-ci sont-ils regroupés sous des termes « valises », comme par exemple celui de « placebo », qui donne une fausse impression d'homogénéité et ne reflète pas la complexité des phénomènes subjectifs et relationnels en jeu (voir par exemple l'article de Moerman et Jonas qui décrit la confusion résultant du terme même de placebo et de ses multiples significations et propose de « déconstruire l'effet placebo » pour étudier à la place la variété de manières dont l'être humain attribue un sens (*meaning*) aux événements vécus et comment cela influe sur ses réalités biologiques mêmes (64)). Ces aspects relationnels et subjectifs, ne pouvant être conceptualisés par l'approche biomédicale stricte, sont rejetés à la marge, comme artefacts. Ainsi, le « mystère du placebo » est-il en partie créé par l'approche réductionniste elle-même (ce qui explique que le problème ne se pose pas dans d'autres traditions médicales n'ayant pas misé sur une approche réductionniste, c'est-à-dire ne basant pas leur pratique sur des données scientifiques fondamentales).

Le problème des Syndromes Médicalement Inexpliqués révèle de la même manière l'importance de cette question et le fait que les enjeux relationnels et liés la subjectivité, bien que ne pouvant être conceptualisés dans une optique « biomédicale » stricte (réductionniste),

(63) Balint M. 1988, p. 9

(64) Moerman DE, Jonas WB. 2002

ne doivent pour autant pas être niés : ils ne peuvent être simplement évacués*. Ainsi, ce terme de Syndrome Médicalement Inexpliqués, de même que d'autres termes à peu près équivalents (syndromes fonctionnels, syndromes psychogènes...) est évoqué lorsqu'aucune atteinte organique n'est retrouvée pour expliquer les symptômes : c'est un diagnostic « d'exclusion ». Il s'applique donc nécessairement à des patients ayant des problématiques disparates et des symptomatologies variées, cependant leur point commun est qu'elles n'entrent pas dans les catégories biomédicales qui sont définies en référence à la physiopathologie. Le raisonnement biomédical strict est ainsi pris en défaut, et les outils habituels ne peuvent être utilisés ni pour la compréhension ni pour l'action. Or, cette situation est loin d'être rare (65) et le problème posé au médecin est important, s'il s'en tient uniquement à un modèle biomédical strict (comparé aux modèles « intégratifs » examinés dans la partie suivante. Cf. Partie II, 2, C). D'autant que le médecin aura été peu préparé à cette situation durant sa formation : au niveau théorique, la question des « syndromes psychogènes » ou « fonctionnels » est en général reléguée à une minuscule case en fin d'algorithme décisionnel dans les cours de médecine ; au niveau pratique, la formation se déroule quasi exclusivement à l'hôpital (souvent universitaire), où sont concentrés les « cas » les plus rares et les plus graves, et où la durée de suivi est le plus souvent réduite, ce qui favorise la focalisation sur les aspects techniques de la pratique médicale... Combien de fois a-t-on entendu des médecins « somaticiens » se plaindre de tous ces patients « fonctionnels » qui les assaillent « alors qu'ils n'ont rien » ?

Défini en négatif, ce diagnostic de Syndrome Médicalement Inexpliqué constitue une catégorie nosographique « poubelle ». Reprenant le terme d'Hugues Rousset (65), nous pouvons dire qu'il constitue une « tâche aveugle »* de la biomédecine, qui, ne pouvant conceptualiser ces problèmes dans une optique réductionniste stricte, tente fréquemment de les évacuer. Il s'agit donc d'un diagnostic d'exclusion à tous les sens du terme ! Une des issues possibles est d'adresser ces patients en psychiatrie. En effet, les psychiatres sont, jusqu'à présent, habitués à se confronter aux enjeux liés à la subjectivité et aux aspects relationnels, l'approche réductionniste étant jusque-là de peu d'utilité en psychiatrie. Au total, cet exemple des Syndromes Médicalement Inexpliqués, et le problème important qu'il

* Cette question a constitué le sujet de mon mémoire de Master de Philosophie (mention Culture et Santé), intitulé : « Le façonnement de la fibromyalgie, un double parcours. *Une étude qualitative de récits de malades* ». La fibromyalgie était prise comme exemple de syndrome médicalement inexpliqué.

(65) Cathébras P. 2006, p. 9

(65) Rousset H. Chapitre « Modalités de collaboration entre somaticiens et psychistes », in Cathébras P. 2006, p.216

* La tâche aveugle correspond au point d'insertion du nerf optique sur la rétine, où la perception visuelle est impossible, mais sans que nous ayons conscience de ce scotome.

constitue actuellement, témoigne d'une tendance à une orientation plus biomédicale (réductionniste) de la médecine somatique actuellement, tout comme il révèle le fait que cette approche ne résume pas la pratique médicale somatique (il y a un « reste »). Concernant la psychiatrie, celle-ci s'est justement constituée en partie en prenant précisément ce « reste » pour objet. L'exemple de la catégorie nosographique des « névroses » (3) est parlant, puisque le terme désignait initialement une affection supposée du système nerveux périphérique, caractérisée par des symptômes généraux sans fièvre, et sans lésion visible retrouvée. La catégorie est passée dans le domaine de la psychiatrie progressivement sous la double influence du raffinement de la sémiologie neurologique (Babinski par exemple, a recherché toute sa vie les signes cliniques permettant de distinguer les maladies neurologiques de l'hystérie, définissant ainsi celle-ci en négatif, comme névrose), et de l'émergence de la psychanalyse ayant permis une conceptualisation des névroses comme troubles psychogènes (psychonévroses) (3). La catégorie des névroses s'est donc constituée à la fois comme catégorie d'exclusion et comme ensemble de troubles liés à un désordre psychologique. Cependant, alors même que la psychiatrie s'est constituée en partie en prenant ce « reste » pour objet, une de ses tendances actuelles, illustrée par le projet RDoC, préconise de suivre la même évolution que la médecine somatique, c'est-à-dire de se focaliser sur les troubles ayant une cause organique (cérébrale)... Mais même en admettant qu'elle parvienne à fonctionner sur ce modèle, l'exemple des Syndromes Médicalement Inexpliqués nous convainc qu'une partie non négligeable des patients recevra inéluctablement un diagnostic « d'exclusion ».

C. L'approche intégrative, une alternative à l'approche biomédicale ?

Les insuffisances d'une approche biomédicale stricte visant à déduire la pratique clinique directement des données issues de la recherche scientifique fondamentale ont été pointées par de nombreux auteurs et plusieurs modèles ont été élaborés pour tenter d'intégrer la prise en compte des aspects biologiques avec celle des aspects psychologiques, relationnels et socioculturels des maladies. Ces modèles « intégratifs » paraissent au premier abord alternatifs au modèle biomédical.

Comme premier modèle intégratif et le plus connu, examinons le modèle « biopsychosocial ». Celui-ci a été développé dans les années 1970 par le psychiatre américain George Engel

(3) Lantéri-Laura G. 1991, p.94

(3) Lantéri-Laura G. 1991, p.94

comme un modèle alternatif à l'approche biomédicale stricte en médecine, en réponse à ce qu'il qualifie de « crise » de la médecine dans son article princeps intitulé explicitement : « *the need for a new medical model: a challenge for biomedicine* » (66). Dans cet article, Engel décrit longuement les limites du modèle biomédical strict et notamment son fondement exclusif sur une approche réductionniste ne pouvant prendre en compte les aspects subjectifs, relationnels et culturels en jeu dans le soin. Or il souligne que les aspects psychologiques et socioculturels sont déterminants, aux côtés des aspects biologiques, dans la survenue et l'évolution des maladies et qu'ils doivent donc être pris en considération dans le soin, pour une efficacité optimale, d'où la nécessité de développer un nouveau modèle médical, intégratif : le modèle « biopsychosocial ». Cette argumentation paraît convaincante dans sa critique d'une approche biomédicale stricte, cependant, elle reste vague quant à la manière dont ces diverses composantes du soin doivent s'intégrer réellement en pratique clinique, se référant sur ce point à la « théorie des systèmes » d'une manière plutôt floue (66). Ainsi, force est de constater qu'il est difficile de tirer de ce modèle des principes directeurs clairs, qui pourraient permettre des applications en pratique clinique.

Nassir Ghaemi a ainsi critiqué le fait que le modèle biopsychosocial représente le « *statu quo* conceptuel » actuel de la médecine (67), alors qu'il correspond selon lui à un éclectisme flou se limitant à la critique du modèle biomédical strict et constituant une sorte de vœu pieux sans véritable valeur pratique. L'absence de théorie réellement consistante selon lui permet à chacun de mettre l'accent sur le « bio », le « psycho » ou le « social », suivant ses préférences, tout en se réclamant du même modèle « biopsychosocial » (67). Ghaemi souligne l'existence d'autres modèles « non réductionnistes » injustement oubliés et prône ainsi de remettre au goût du jour des auteurs tels que William Osler et Karl Jaspers (67) présentant selon lui des conceptions constructives.

De fait, force est de constater qu'il est fait référence au modèle biopsychosocial pour justifier des approches parfois disparates, ayant comme point commun de viser à ne rien sacrifier des ambitions scientifiques de la médecine tout en appréciant quand même l'enchevêtrement des niveaux de complexité des maladies. Le terme de « modèle biopsychosocial » représente alors une sorte de bannière de ralliement, sans correspondance avec un véritable contenu.

(66) « La nécessité d'un nouveau modèle médical : un défi pour la biomédecine ». Engel GL. 1977

(66) Engel GL. 1977

(67) Ghaemi SN. 2009

(67) Ghaemi SN. 2009

(67) Ghaemi SN. 2009

Un deuxième modèle intégratif est issu de l'anthropologie médicale. Cette branche de l'anthropologie a pris pour objet le domaine de la santé, dans divers contextes culturels et a permis de nous informer sur la nature du raisonnement médical dans le contexte occidental moderne (68). Ce raisonnement, qualifié de « biomédical », se centre sur les aspects biologiques de la maladie, et tente de la conceptualiser comme un problème à résoudre. La justification de cette approche est son efficacité (nous retrouvons le choix d'une position mécaniste Cf. Partie I, 2, B) : la médecine naissant d'une réponse à une demande (celle des patients, mais également celle de la société, particulièrement en psychiatrie (Cf. Partie II, 1, C)), le médecin se doit de résoudre le problème de son patient par tous les moyens à sa disposition. Dans cette perspective, l'expertise du médecin consiste à évacuer dans la plainte du patient ce qui peut tenir des aspects subjectifs (signification personnelle donnée à la maladie, émotions), relationnels, sociaux, culturels, pour en extraire des « symptômes » et surtout faire le lien avec des « signes cliniques » et « paracliniques » objectifs, c'est-à-dire visibles, qui lui permettront de diagnostiquer une maladie et d'en rechercher la cause biologique. L'anthropologie médicale anglo-saxonne a exploité les différents mots existant dans la langue anglaise pour désigner le terme de « maladie », pour mettre en lumière les oppositions entre maladie du point de vue du médecin et du point de vue du patient (69). La maladie du point de vue du médecin, conceptualisée dans une perspective biomédicale est ainsi qualifiée de *disease*.

D'un autre côté, le terme d'*illness* se réfère à la maladie vécue par le patient. Celle-ci est inscrite dans son corps, mais également dans sa vie (elle est non seulement un événement biologique, mais également un événement biographique, que le patient met en lien avec d'autres événements vécus), elle s'inscrit dans un réseau complexe et personnel de significations, dont la lecture biomédicale ne constitue souvent qu'un seul fil. L'anthropologie médicale s'intéresse particulièrement au sens donné par le patient à son expérience. Ainsi résume l'anthropologue Byron Good : « pour la biomédecine, la maladie est localisée dans le corps, où elle se manifeste en des lieux précis ou par des processus physiologiques. Ceux qui souffrent, en revanche, la disent présente dans toute leur vie. La maladie repose sur l'historicité humaine, sur la temporalité des individus, celle de leur famille et de leur communauté » (68). La maladie *illness* s'oppose donc à la maladie *disease* ; l'expérience du malade, dans toute son épaisseur existentielle, à l'expertise du médecin, tournée vers l'action.

(68) Good B. 1998

(69) Haxaire C. Chapitre 17 : « Les trois dimensions de la maladie ». In : Mouillie JM. 2011

(68) Good B. 1998, p. 323

Le courant de l'anthropologie médicale baptisé « anthropologie clinique », se donne comme objectif d'intégrer la prise en compte de la maladie *illness* dans le raisonnement médical (comparé à celui de l'anthropologie dite « critique » qui se veut une dénonciation sans compromis du caractère irrémédiablement réducteur du raisonnement biomédical centré sur la maladie *disease*) (70). Ce courant, représenté par Arthur Kleinman, psychiatre et anthropologue américain, insiste sur le fait que la manière dont la souffrance est adressée à un médecin (devenant par la même un « symptôme ») est à la fois déterminée par les réalités biologiques du corps humain et par le « monde » des représentations culturelles dans lequel nous vivons – ces deux facteurs étant en interaction. Cette conception éclaire les différences de manifestations symptomatiques suivant les cultures. Arthur Kleinman a notamment travaillé en Chine, où il a montré que le concept de neurasthénie était encore très vivace jusque dans les années 1990 car il rencontrait un concept de médecine traditionnelle chinoise : le *shenjing shuairuo*, qui peut être traduit par « faiblesse des nerfs » (71), la symptomatologie mêlant plaintes somatiques (fatigue, douleurs diffuses...) et psychologiques (tristesse, anxiété...). C'est ainsi que la catégorie nosographique de neurasthénie rencontrait une interprétation de la souffrance faisant partie du « monde » local de représentations culturelles, ce qui expliquait sa persistance alors qu'elle avait disparu depuis longtemps dans le monde occidental, où elle était pourtant née à la fin du XIX^e siècle. Finalement, dans les années 1990, le concept de dépression a progressivement supplanté celui de neurasthénie en Chine, à mesure qu'il imprégnait les représentations culturelles à la fois des médecins et des patients, en lien avec la mondialisation et la diffusion de la culture occidentale autour du monde (représentée en psychiatrie par la traduction et la diffusion mondiale du DSM). Il découle donc de cette approche la nécessité de prendre en compte en pratique clinique le sens donné par le patient à son expérience vécue et les aspects narratifs en jeu : « je soutiendrais que l'interprétation du récit de l'expérience de maladie est la tâche centrale du médecin, bien que cette compétence se soit atrophiée avec la formation biomédicale » (72). C'est ainsi la dimension herméneutique (c'est-à-dire la dimension d'interprétation, reconnaissant que la langue n'est pas univoquement et universellement informative) de la médecine qui est mise en valeur, complétant sa dimension technique, pour constituer un modèle que l'on peut donc bien qualifier d'intégratif.

(70) Rechtman R. 1998

(71) Lee S, Kleinman A. 2007

(72) Kleinman A. 1988, préface

La situation en psychiatrie est différente de celle des autres branches de la médecine puisque jusqu'à présent, l'approche réductionniste a été de moindre importance du fait du peu d'applications en pratique clinique des données issues des recherches neuroscientifiques. D'où le fait que les psychiatres se soient concentrés sur les aspects relationnels et en lien avec la subjectivité, et aient donc eu naturellement une approche plus intégrative du patient que dans le reste de la médecine. Ce qui peut expliquer le rôle important que les psychiatres ont joué dans l'élaboration de modèles intégratifs pour la médecine (modèle biopsychosocial, anthropologie médicale clinique...). Pourtant, même en psychiatrie, des modèles ont été développés, plaidant pour une compréhension intégrée des facteurs biologiques et psychosociaux, et une meilleure prise en compte du vécu des patients.

Un premier exemple en psychiatrie est le modèle du « rétablissement » (*recovery*), concernant les personnes vivant avec un trouble mental sévère (notamment schizophrénie) (73). Ce modèle a été développé à partir du constat qu'il existe un grand nombre d'évolutions positives à long terme dans ces pathologies, engageant divers processus fondamentalement personnels. L'exploration de ce processus de rétablissement implique donc de « se centrer sur des dimensions avant tout subjectives pour lesquelles les repères médicaux et objectivants ne sont que d'une utilité modeste, du moins en premier lieu ou si le patient n'est pas en mesure de s'en approprier la teneur » (73).

D'autre part, il a été mis en évidence par les études scientifiques que des indicateurs globaux comme celui de la « qualité de vie » des personnes atteintes de ces troubles mentaux sévères ne dépendent pas tant de l'intensité des symptômes les plus bruyants (symptômes dits « positifs » : hallucinations, délire...) que des symptômes dits « négatifs » (repli, apragmatisme...), des troubles cognitifs liés à la maladie, ainsi que de paramètres plus psychologiques liés au vécu de la maladie, l'insight (la conscience de la maladie), et de paramètres sociaux (notamment stigma associé au diagnostic de schizophrénie, et désinsertion socioprofessionnelle) (2).

Ces données ainsi que l'émergence du concept de rétablissement ont conduit à développer des modèles de prise en charge plus larges et non focalisées uniquement sur les symptômes positifs. Ces approches correspondent par exemple au soin dit de « réhabilitation » (73) qui se

(73) Martin B, Franck N. 2013

(73) Martin B, Franck N. 2013

(2) Bottéro A. 2008, p. 287

(73) Martin B, Franck N. 2013

développe actuellement et tend à porter également sur les symptômes négatifs, les troubles cognitifs, les troubles des compétences sociales, et les aspects psychologiques et sociaux. Les interventions ne s'arrêtent donc pas à la prescription médicamenteuse (les traitements neuroleptiques agissant essentiellement sur les symptômes positifs (2)), mais s'élargissent pour comprendre des interventions de remédiation cognitive, d'éducation thérapeutique, des interventions centrées sur les compétences sociales, sur le soutien par la famille, et des interventions favorisant l'insertion sociale et professionnelle (d'où l'importance du travail multidisciplinaire avec des partenaires sociaux)... Ainsi, « chaque soin de réhabilitation est conçu sur mesure après une évaluation multidisciplinaire et intégrative » (73).

Un deuxième exemple est le « Réseau de Psychiatrie Critique » (*Critical Psychiatry Network* (4)), mouvement fondé en Angleterre en 1999, regroupant principalement des psychiatres, engagés dans une réflexion critique sur la psychiatrie contemporaine, notamment sur les questions de la validité et de l'utilisation des classifications diagnostiques, des limites du modèle biomédical en psychiatrie et de l'utilisation des médicaments psychotropes. Dans un article datant de 2012, 29 psychiatres du Réseau de Psychiatrie Critique appellent à « dépasser le paradigme actuel » (5) qu'ils identifient comme gouvernant la psychiatrie : le « paradigme technologique ». Celui-ci consiste en une application du raisonnement médical à la psychiatrie, c'est-à-dire qu'il vise à mettre en évidence les mécanismes physiopathologiques ou psychopathologiques défailants en cause dans la maladie du patient et à agir spécifiquement dessus tandis que les aspects non spécifiques, c'est-à-dire dépendant du contexte, de la personne (point de vue personnel, complexité de son vécu) et de la relation soignant soigné sont considérés comme secondaires. Le terme de « paradigme technologique » s'applique à toute référence théorique (neuroscientifique ou psychopathologique) guidant la pratique en conceptualisant les troubles du patient comme problème à résoudre. La thèse défendue dans cet article par Bracken *et al.* de la nécessité de dépasser ce « paradigme dominant » est fondée sur deux ordres d'argument que nous allons examiner en détail : les preuves des limites du « paradigme technologique » et la nécessité pour les psychiatres de travailler en collaboration avec les mouvements d'usagers de soins (*service user movements*).

(2) Bottéro A. 2008, p. 278

(73) Martin B, Franck N. 2013

(4) <http://www.criticalpsychiatry.co.uk/> (consulté le 27.01.2015)

(5) Bracken P, *et al.* 2012

Concernant les preuves fournies des limites du « paradigme technologique » en psychiatrie, celles-ci sont issues de la littérature scientifique. Ainsi, les auteurs citent de nombreuses études et concluent à une faible efficacité des psychotropes, à leur faible spécificité et au faible poids des aspects « spécifiques » des psychothérapies par rapport aux aspects « non spécifiques » (tels que l’alliance thérapeutique...). Pour Bracken *et al.*, ces données scientifiques permettent de démontrer l’importance prioritaire des aspects « non spécifiques » dans le soin psychiatrique : « nous pensons qu’il y a une abondance de preuves que ce qui détermine une bonne pratique en psychiatrie engage en premier lieu les dimensions non techniques de notre métier » (5). Cependant, nous remarquons que cette démonstration est indirecte : il s’agit essentiellement de reprendre les preuves scientifiques en faveur des aspects techniques de la psychiatrie en montrant les limites (les auteurs retournent en quelque sorte les outils de l’*Evidence Based Medicine* contre la pratique scientifique de la psychiatrie !). En effet, il aurait été difficile d’utiliser les outils scientifiques pour prouver directement l’importance des aspects non spécifiques du soin : ceux-ci, portant essentiellement sur ses aspects subjectifs et relationnels, échappent à toute possibilité de modélisation scientifique.

Concernant l’importance pour les psychiatres de travailler en collaboration avec les mouvements d’usagers de soins, les auteurs font référence à l’approche centrée sur le rétablissement (*Cf.* paragraphe précédent), où une place importante est accordée au sens personnel que le patient donne à ses symptômes et à sa maladie, et aux aspects psychologiques et sociaux. Ces aspects sont nécessairement « non techniques » dans le sens qu’ils ne procèdent pas d’un cadre de compréhension rigide, préformé, mais doivent être évalués dans le cadre de chaque situation singulière. Bracken *et al.* citent par ailleurs des études montrant que de nombreux patients ne sont pas satisfaits d’une approche uniquement technique du soin (5). D’où l’accent mis sur l’importance d’une collaboration étroite entre psychiatres et mouvement des usagers de soins et, de fait, le mouvement de Psychiatrie Critique entretient des liens étroits avec plusieurs mouvements d’usagers de soins (*Hearing Voices Network, Intervoice, Soteria Network*). Ces mouvements se sont mis en place pour contester l’hégémonie du modèle de compréhension psychiatrique de l’expérience vécue des personnes souffrant de troubles mentaux (notamment les hallucinations acoustico-verbales) et sont constitués principalement de patients, regroupés pour défendre leur point de vue. Ainsi, ces mouvements défendent la primauté du vécu de la maladie (maladie *illness*) sur la conceptualisation médicale (maladie *disease*), celle-ci n’intervenant que comme un modèle de

(5) Bracken P, *et al.* 2012, c’est moi qui souligne

(5) Bracken P, *et al.* 2012

compréhension parmi d'autres. La relation entre les psychiatres et les mouvements d'usagers de soins est décrite comme problématique (5). Ces difficultés ne sont pas sans rappeler le débat récent en France autour du projet visant à mettre en place des « pairs aidants » : anciens patients pouvant devenir auxiliaires du soin psychiatrique (74). Ce projet, en place dans plusieurs pays anglo-saxons, a rencontré une certaine résistance de la part du milieu psychiatrique français. Le Cardinal *et al.* évoquent « quelques raideurs » dans la structure de la psychiatrie française, ainsi que le fait que « la culture du soin en France s'est construite de façon spécifique avec un fonctionnement propre et des outils médicosociaux ou institutionnels qui ne sont pas comparables aux systèmes anglo-saxons » (74). Pour Bracken *et al.* (5), la collaboration avec les mouvements d'usagers de soins ne peut advenir que si les psychiatres sont prêts à dépasser le paradigme technologique et à se départir d'une position d'experts, tenant la conception médicale des troubles psychiatriques comme seule valide.

Les psychiatres Pat Bracken et Philip Tomas (75), deux des membres fondateurs du mouvement de Psychiatrie Critique, appellent ainsi à une « psychiatrie postmoderne » (ou « post psychiatrie »), dépassant le « paradigme technologique » dominant la psychiatrie selon eux, c'est-à-dire une psychiatrie non centrée sur les modèles de compréhension causale des troubles mentaux, mais centrée sur les aspects « non techniques » du soin, c'est-à-dire les aspects liés au sens, aux valeurs, et aux enjeux relationnels. Cependant, le mouvement de Psychiatrie Critique n'appelle pas à rejeter les outils scientifiques et le modèle de compréhension médicale des troubles, mais prône « le développement d'une approche prenant véritablement en compte l'intrication complexe des forces (biologiques, psychologiques, sociales et culturelles) qui sous tendent les troubles mentaux et qui peuvent être des cibles thérapeutiques » (5). Ce programme rappelle étrangement celui du modèle biopsychosocial : il s'agit à l'évidence d'un modèle intégratif.

Au final, tous ces modèles reconnaissent l'importance de parvenir à informer la pratique clinique par des données scientifiques, mais insistent également sur la nécessité de prendre en compte dans le soin d'autres aspects non modélisable dans une démarche scientifique sur le

(5) Bracken P, *et al.* 2012

(74) Le Cardinal P. 2013

(74) Le Cardinal P. 2013

(5) Bracken P, *et al.* 2012

(75) Bracken P, Thomas P. 2001

(5) Bracken P, *et al.* 2012

modèle des sciences de la nature, notamment des aspects psychologiques, relationnels et socioculturels. C'est pourquoi ils peuvent être qualifiés d'« intégratifs ».

Cependant, ces modèles intégratifs, partant tous du constat de l'insuffisance d'un modèle biomédical strict en pratique clinique, dont ils sont parfois très critiques, ne proposent pas vraiment d'approche alternative. Ainsi, aucun modèle intégratif n'appelle à rejeter les outils scientifiques dans la pratique mais au contraire ils proposent de les intégrer dans une perspective plus large. Il s'agit donc d'une approche plus complémentaire qu'alternative.

De même, nous avons vu que les critiques du projet RDoC ne nient pas que les troubles mentaux puissent avoir des déterminants neurobiologiques ni que la recherche fondamentale puisse être utile à l'avenir en psychiatrie. Elles dénoncent en général son ambition exagérée de devenir « paradigme dominant », modèle hégémonique parvenant à unifier la discipline, et la croyance que la pratique clinique psychiatrique pourra être déduite directement d'une théorie des troubles mentaux basée sur les neurosciences.

Mais finalement, ces modèles intégratifs et ces critiques ont peu de choses à proposer par eux-mêmes. Ce sont surtout des actes de résistance contre une tendance ressentie comme ayant une ambition hégémonique. Or, la pratique clinique est loin d'être une simple application des sciences fondamentales actuellement, ni en psychiatrie, ni dans les autres spécialités médicales, donc ces modèles sont des appels à... ne rien changer en pratique !

Les partisans d'une approche intégrative se sentent en fait menacés par une approche biomédicale reposant sur un parti pris réductionniste strict et vécue comme à ambition hégémonique, comme en témoigne cette citation de Kirmayer et Gold, extraite de l'article de Bracken *et al.* : « définir la psychiatrie comme une neuroscience appliquée valorise le cerveau mais nous pousse à une discipline sans esprit ni culture » (5).

En quoi précisément ces deux approches se menacent-elles ? Sur quels points s'opposent-elles vraiment ?

(5) Bracken P, *et al.* 2012

III. De l'articulation entre théorie et pratique

1. Deux aspects du soin en opposition

A. Opposition entre aspects techniques et non techniques de la pratique clinique

Nous avons vu dans la partie précédente (*Cf.* Partie II, 2, C), que l'approche intégrative, bien qu'en apparence opposée à une approche biomédicale basée sur un parti pris réductionniste strict, ne constituait pas réellement une approche alternative mais plus une approche complémentaire. De même, les critiques du projet RDoC adoptant pour la plupart un point de vue intégratif, lui reprochent surtout les excès de son ambition hégémonique (notamment son projet d'aboutir à une pratique clinique psychiatrique exclusivement fondée sur la neurophysiologie), sans rejeter le principe de la recherche des bases neurologiques des troubles mentaux.

Par ailleurs, il est important d'avoir conscience que la rhétorique accompagnant le projet RDoC, qui sert principalement de base à ce travail, a été produite au moins en partie à des fins de promotion du projet. Dans ce contexte, il est compréhensible qu'elle amplifie les ambitions du projet, et notamment ses possibles applications pratiques futures, dans le but de lui donner de la crédibilité et de le promouvoir, alors qu'il est encore dans une phase de lancement. Ainsi, les concepteurs du projet RDoC n'imaginent probablement pas que les théories scientifiques pourront réellement résumer la pratique clinique, excluant ainsi toute autre référence théorique et tout savoir-faire pratique. Nous avons vu dans la première partie (*Cf.* Partie I, 2, C) que l'article d'Insel et Quirion était contradictoire sur ce point, et cette phrase en introduction, notamment, est révélatrice d'un point de vue finalement intégratif transparaissant ponctuellement, et en contradiction avec le reste de l'article : « le défi sera d'incorporer les neurosciences sans perdre la compréhension sophistiquée de la discipline du comportement et des émotions » (7).

Ainsi, le but des argumentaires développés par ces différentes approches n'est pas de remplacer un paradigme dominant par un autre (même si le contexte polémique pousse probablement à radicaliser les positions adoptées) : nous n'avons pas de « révolution scientifique » en vue en psychiatrie.

(7) Insel TR, Quirion R. 2005

Il ne s'agit pas de deux modèles défendant deux approches concurrentes de la psychiatrie (approche biomédicale contre approche intégrative) mais face à deux modèles qui insistent chacun sur un aspect de la pratique psychiatrique : l'aspect « technique » et l'aspect « non technique » (pour reprendre les termes de Bracken *et al.* (5)).

L'aspect technique du soin est centré sur le but du soulagement des malades et découle de la finalité pratique de la médecine. En effet, la technique, ainsi que la définit le philosophe Jean-Pierre Seris, est le « travail fait avec une certaine méthode pour atteindre un résultat » (76). Il s'agit donc d'une connaissance orientée vers un but pratique, ce qui la distingue des sciences fondamentales, dont le but est l'augmentation des connaissances en soi. Seris oppose le « savoir qui cherche les causes pour comprendre [et] le savoir-faire, qui obtient, produit et reproduit les effets désirés, qui seuls importent à la poursuite de l'action » (76).

L'aspect technique du soin est centré sur la maladie et suppose une conceptualisation du trouble comme un problème à résoudre : un « problème technique ». Il ne se questionne pas sur la finalité en elle-même mais sur les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir (c'est la définition du « problème technique » : un problème qui a nécessairement une solution pratique, qu'il convient de découvrir). Il s'oppose ainsi à une réflexion « éthique » qui met en question la finalité même, le sens du soin, dans différentes situations concrètes (19).

L'aspect technique du soin se fonde sur la référence à une théorie (neuroscientifique, psychopathologique...). Il s'agit d'une tentative d'appliquer la théorie, c'est-à-dire de mobiliser le savoir théorique à des fins concrètes, pour garantir une efficacité (cette application met à disposition des outils qui ont fait leurs preuves) et une légitimité. Les sciences fondamentales (par exemple la neurobiologie) constituent donc une référence théorique parmi d'autres sur lesquelles la pratique clinique peut s'appuyer, caractérisant l'aspect biomédical du soin, qui peut être considéré comme une composante de l'aspect technique du soin.

Le terme d'« aspect non technique » du soin ne se réfère pas à une théorie particulière ni à un ensemble homogène de pratiques, mais renvoie à tout ce qui, dans le soin, est centré sur la personne (et non sur la maladie) et tend à prendre en compte le point de vue de la personne, le

(5) Bracken P, *et al.* 2012

(76) Seris JP. 1994, p. 32

(76) Seris JP. 1994, p. 32, p. 32

(19) Atlan H. 2014, p. 295

contexte, la relation soignant soigné. Il comprend ainsi les réflexions sur les enjeux éthiques (réflexion par rapport aux finalités du soin), relationnels et herméneutiques (c'est-à-dire d'interprétation) du soin.

Ces aspects non techniques ne sont pas tournés prioritairement vers la recherche de l'efficacité, mais ne sont pas non plus totalement déconnectés de cette question, puisque nous avons vu dans la partie II, 2, C que certaines approches intégratives du soin mettaient l'accent sur ses aspects non techniques en usant d'un argument d'efficacité (notamment le modèle biopsychosocial et le modèle de « psychiatrie post moderne »).

L'existence pendant des millénaires d'une médecine authentiquement soignante mais non technique (la pratique n'étant pas déduite d'une théorie mais centrée sur la personne) et d'une efficacité limitée pointe l'importance des aspects non techniques du soin (69).

En psychiatrie, comme dans le reste de la médecine, ces deux aspects doivent s'articuler, comme le souligne Maj dans un article au titre évocateur : « *Technical and non-technical aspects of psychiatric care: the need for a balanced view* » (77). Il faut reconnaître que l'aspect non technique du soin y est particulièrement important par rapport aux autres branches de la médecine : en l'absence de marqueur objectif (visible et reproductible) des troubles mentaux, les psychiatres se fient nécessairement à la plainte des patients et les aspects relationnels et herméneutiques sont au cœur de la pratique. De plus, l'instauration d'une alliance thérapeutique satisfaisante et les compétences communicationnelles sont nécessaires au clinicien pour pouvoir accéder au monde interne du patient, et donc parvenir à préciser sa symptomatologie. Cependant, il est indéniable que l'on ne peut se passer totalement de compétences techniques, ce qui reviendrait à refuser toute théorie et à « recommencer à zéro pour chaque nouveau patient » (77).

La psychiatrie est ainsi particulièrement prise dans la double exigence d'« expliquer » et de « comprendre », ce que Gansel (78) a qualifié de « bipolarité épistémologique ». Expliquer, dans une approche centrée sur la recherche de la cause : le pourquoi, se référant aux sciences de la nature. Cette exigence est en lien avec l'aspect technique du soin, où le trouble est vu comme un dysfonctionnement (physiologique ou psychologique). Comprendre, dans une approche prêtant une importance particulière à la signification personnelle accordée au

(69) Mouillie JM. 2011, p. 10

(77) Maj M. 2014

(77) Maj M. 2014

(78) Gansel Y. 2014

trouble : le comment, se référant aux sciences humaines. Cette exigence est en lien avec l'aspect non technique du soin, où le trouble est considéré en tant qu'expérience vécue par un patient singulier.

Cette distinction entre ces deux aspects du soin rejoint celle conceptualisée par Karl Jaspers et reprise en introduction de l'*Oxford Textbook of Philosophy and Psychiatry*, celle de la double importance en psychiatrie de tendre vers une « compréhension signifiante » ainsi que vers une « explication causale » (11).

De fait, historiquement, la psychiatrie s'est construite en s'appuyant sur cette double exigence. Cette nécessité est décrite par l'historienne Jan Goldstein dans son ouvrage retraçant la naissance de l'aliénisme en France au XIX^e siècle, dont elle lui a inspiré le titre : « Consoler et classier » (24). Elle décrit ainsi d'un côté la concurrence des premiers aliénistes avec les prêtres, dans l'approche centrée sur la personne, attentive à la subjectivité, empathique (« consoler ») et d'un autre côté leurs efforts pour se rattacher à la médecine, « faire de la science » (« classier »).

Ainsi, le modèle de pratique psychiatrique prôné par le projet RDoC met principalement l'accent sur ses aspects techniques du soin en proposant un modèle de pratique clinique basé sur la neurophysiologie.

Au contraire, les approches intégratives passées en revue dans la partie précédente (*Cf.* Partie II, 2, C) insistent sur l'importance des aspects non techniques de la pratique (Bracken *et al.* (5) explicitement, puisqu'il s'agit du cœur de leur argumentation). Le fait que ces aspects non techniques ne puissent correspondre par définition ni à une théorie ni à un ensemble homogène de pratiques, puisqu'elles renvoient à une approche centrée sur la personne, éclaire le fait que les approches intégratives ne puissent fournir de principes directeurs clairs, qui pourraient permettre des applications en pratique clinique (*Cf.* Partie II, 2, C). Nous verrons plus loin que l'impossibilité de systématiser ce « bricolage » au cas par cas renvoie à l'écart irréductible entre théorie et pratique (*Cf.* Partie III, 2).

Ainsi, s'il était difficile de comprendre en quoi les approches intégratives et réductionnistes pouvaient s'opposer (*Cf.* Partie II, 2, C), cette « non opposition » de ces deux *approches* s'est déplacée vers une réelle opposition de deux *aspects du soin*, deux exigences en pratique

(11) Fulford *et al.* 2006, p. 2

(24) Goldstein J. 1997

(5) Bracken P, *et al.* 2012

clinique : l'aspect technique et l'aspect non technique. Changeant ainsi notre optique, voyons à présent en quoi, précisément, ces deux aspects du soin s'opposent-ils et même se menacent-ils ?

B. Opposition entre généralisation et prise en compte de la singularité de la personne

Nous avons défini dans la partie précédente, l'aspect technique du soin par la référence à une théorie tandis que l'aspect non technique se caractérisait par une attention portée à la personne malade. Ainsi, le cœur de l'opposition entre ces deux aspects du soin réside dans l'opposition entre généralisation et prise en compte de la singularité du malade.

Tout recours à la théorie (issue des sciences de la nature ou psychopathologique) suppose un processus de généralisation (faire correspondre une observation singulière à une théorie générale). Celui-ci est plus important dans les sciences de la nature (neurosciences) qui visent à dégager des lois universelles, mais il existe pour toute théorie, même celles qui, comme les théories psychopathologiques, sont élaborées au contact de malades. En effet, au fil du processus même de théorisation, le discours s'éloigne de la clinique.

Ainsi, il n'y a point de science sans généralisation. Selon Claude Bernard, « pour toutes les sciences, c'est la généralisation qui conduit à la loi des phénomènes et au vrai but scientifique » (10). Ce but consiste à décrire des faits, reproduire des observations et des expériences pour dégager des lois, et ainsi ordonner et prévoir. L'importance de la généralisation comme condition de possibilité d'ordonner et de classer les faits se retrouve dans cette citation d'Henri Poincaré : « si cette faculté [la généralisation] nous était refusée, la science ne pourrait exister ou, du moins, réduite à une sorte d'inventaire, à la constatation des faits isolés, elle n'aurait pour nous aucun prix, puisqu'elle ne pourrait donner satisfaction à notre besoin d'ordre et d'harmonie et qu'elle serait en même temps incapable de prévoir » (79). Pouvons-nous nous contenter des faits, de l'expérience « toute nue » ? « Non, cela est impossible ; ce serait méconnaître complètement le véritable caractère de la science. Le savant doit ordonner ; on fait la science avec des faits comme une maison avec des pierres ; mais une accumulation de faits n'est pas plus une science qu'un tas de pierres n'est une maison » (79).

(10) Bernard C. 2008, p. 238

(79) Poincaré H. 1902, p. 74

(79) Poincaré H. 1902, p. 74

Le modèle médical suppose en lui-même un processus de généralisation, à travers sa démarche classique traduisant la plainte (singulière) en symptômes (mobilisant les connaissances de la sémiologie), puis faisant correspondre ceux-ci avec un diagnostic. Le degré de généralisation augmente au cours du processus : Lantéri-Laura souligne que « la discussion diagnostique représente le lieu où les singularités du patient se retrouvent dans l'universalité du savoir de la pathologie psychiatrique et où l'unique du sujet peut se recouper avec la généralité des connaissances » (3).

De façon immédiate, ce processus de généralisation paraît entrer en contradiction avec la prise en compte de la singularité du patient, nécessaire en pratique clinique car la médecine étant une discipline pratique, elle implique forcément la rencontre de patients singuliers. Cette tension est illustrée par le fameux adage d'Aristote : « il n'y a de science que du général mais il n'y a de réel [ou de pratique] que du particulier » (46). Cette opposition peut être illustrée par l'exemple de l'utilisation en pratique clinique d'un taux statistique, par exemple un taux de rechute. Pour le médecin confronté à un patient en phase de rémission d'un épisode psychotique bref, par exemple, le taux de rechute est certes une donnée importante, issue d'études scientifiques. Mais ce taux statistique dit peu de chose de la situation singulière du patient présent à la consultation, qui au final rechutera ou non, et non pas à moitié ! Si le patient demande explicitement s'il va « s'en sortir », la communication d'un taux statistique brut ne sera évidemment pas une réponse suffisante car elle ne permettra pas au patient de se situer entre les malades qui vont effectivement rechuter ou non. Il y a donc un écart entre cette donnée théorique générale et le cas particulier de ce patient, que la précision statistique ne peut combler.

D'autre part, la médecine naît d'une réponse à une demande d'aide qui est une demande de résolution de problèmes mais également fréquemment une demande d'écoute, de compréhension et de soutien. En effet, la maladie étant vécue dans toute son épaisseur existentielle (Cf. Partie II, 2, C), les patients expriment en général un besoin d'être entendus dans leur souffrance, y compris dans ses dimensions non strictement biomédicales (ce qui explique qu'ils se sentent insatisfaits d'une prise en charge se cantonnant aux aspects biomédicaux de la maladie (5)).

(3) Lantéri-Laura G. 1991, p. 192

(46) Aristote, *Seconds Analytiques*, cité par Corcos M. 2011, p. 31

(5) Bracken P, *et al.* 2012

En psychiatrie, on l'a vu, les références théoriques aux sciences de la nature sont cependant rares. Les aspects non techniques du soin sont donc importants et la prise en compte de la singularité du patient est jusqu'à présent considérée comme primordiale (Cf. Partie III, 1, A). La pratique est souvent référée à des théories psychopathologiques qui nécessitent et permettent moins de généralisation. En effet, ces théories sont à la fois plus facilement utilisables en pratique, permettant de rendre compte de la singularité de chaque patient, mais, revers de la médaille, elles sont également moins « robustes » : elles n'ont pas la force explicative universelle des lois scientifiques sur le modèle des sciences de la nature.

Enfin, l'importance d'une approche centrée sur la personne est à mettre en lien avec la dimension psychothérapeutique de la discipline psychiatrique. En effet, selon Carl Rogers, c'est précisément cette attention à la singularité de la personne, par la compréhension de son monde intérieur et son acceptation par le thérapeute, qui pourra favoriser chez elle un processus de développement personnel (80). Rogers oppose lui-même dans un chapitre de son ouvrage *Le développement de la personne*, prise en compte de la personne et approche scientifique, qualifiant ce choix de « philosophique » (80).

Examinons un instant le modèle de médecine « personnalisée » (29) (Cf. Partie I, 3) qui semble contredire notre argumentation : en effet, il correspond à une médecine scientifique « de pointe », archétype de la « médecine expérimentale » de Claude Bernard, tout en étant « personnalisé ». Ce modèle est basé sur une définition moléculaire du diagnostic, permettant de choisir le traitement le plus spécifique de la maladie possible. La contradiction se résout en notant que ce modèle est centré sur la maladie et non sur le malade. Aussi personnalisé soit-il, le diagnostic moléculaire consiste toujours à faire correspondre la maladie du patient à un type de maladies similaires sur le plan moléculaire. Il s'agit donc bien d'un processus de généralisation. Le traitement sera, lui, commun aux malades porteurs de la même maladie définie au niveau moléculaire ; le plus ajusté possible, mais non « personnalisé » au sens strict. Les aspects liés à la singularité du malade (liés à la subjectivité, aux aspects relationnels et au contexte), ne sont bien sûr pas pris en compte dans ce modèle qui représente un exemple d'approche centrée sur les aspects techniques du soin.

(80) Rogers C. 2005, p. 155

(80) Rogers C. Chapitre VIII : « Personne ou science ? Une question de philosophie ». In : Rogers C. 2005, p. 153

(29) Hamburg MA, Collins FS. 2010

Cette opposition entre généralisation et prise en compte de la singularité recoupe une autre opposition qui est celle de l'objectivation et de la prise en compte de la subjectivité.

L'objectivation est en lien avec la généralisation. Pour le philosophe des sciences Karl Popper, « l'objectivité des énoncés scientifiques réside dans le fait qu'ils peuvent être intersubjectivement soumis à des tests » (81), donc répétés. C'est cette mise à l'épreuve même qui constitue le critère de scientificité d'une discipline selon Popper (comme nous le verrons dans la Partie III, 2, B). Certains courants psychiatriques privilégient l'objectivation : ce sont logiquement les courants insistant sur les aspects techniques de la pratique, notamment les approches se référant aux sciences de la nature (neurosciences notamment). Ils insistent sur la reproductibilité : nous avons vu en Partie I, 4, A, que le DSM III avait assuré celle-ci au moyen d'un outil statistique (le coefficient kappa (32)), garantissant une bonne fidélité inter-juge. Enfin, cette quête de l'objectivité est perceptible dans la volonté de mettre au point et d'utiliser en pratique des échelles d'évaluation des symptômes « validées » scientifiquement (c'est-à-dire ayant fait la preuve scientifique d'une bonne reproductibilité).

L'objectivation suppose logiquement d'évacuer la subjectivité, définie comme sentiment de conviction personnelle (81), donc non reproductible. Ainsi, pour Michel Foucault (58) : les conditions d'émergence d'une « science de l'individu » en médecine sont à rechercher au XIX^e siècle lors de la naissance de la médecine anatomoclinique. C'est de cette époque que date le début de la mise au point de techniques d'examen clinique privilégiant les signes physiques au détriment des confidences du malade. Cette science des signes (la « sémiologie ») poursuivait ainsi l'objectif d'exclure la subjectivité de l'examen clinique (58). Ce processus a été rendu possible par la constitution d'un savoir objectif du corps et de la maladie par la focalisation sur le « visible », principalement grâce à la pratique de l'autopsie (58).

En psychiatrie, cette opposition entre objectivation et prise en compte de la subjectivité revêt un caractère crucial, du fait de l'importance en pratique clinique de la nécessité de prendre en compte les aspects contextuels, relationnels et herméneutiques. Cette opposition correspond précisément à des désaccords profonds entre les approches objectivantes décrites plus haut et les approches privilégiant la prise en compte de la subjectivité, se centrant sur les aspects non

(81) Popper K. 1973, p. 41

(32) Demazeux S. 2013, p. 82

(81) Popper K. 1973, p. 42

(58) Foucault M. 2009

(58) Foucault M. 2009, p. 104

(58) Foucault M. 2009, p. 199

techniques du soin. Celles-ci vont parfois jusqu'à refuser toute évaluation de leur pratique à ce titre. En effet, elles contestent la possibilité même de constituer un savoir psychiatrique objectif (d'évaluer les « cas » de manière reproductible, permettant de « saisir l'universel derrière le particulier », par l'observation répétée de cas particuliers) et de standardiser les pratiques de soin (d'appliquer ce savoir scientifique en pratique). C'est par exemple le cas de certains tenants d'une approche psychanalytique « orthodoxe », bien que cela ne soit pas le cas de tous, comme le montre l'appel du Dr Marie-Noëlle Clément, psychanalyste, à ses confrères, les invitant à mettre au point des méthodes d'évaluation de leurs pratiques : « Psychanalystes, ne soyons pas sectaires ! » (82). L'opposition entre ces deux approches (objectivantes et prenant en compte la subjectivité) est également au cœur de la plupart des critiques adressées au DSM dans le contexte français, en tant qu'outil par excellence d'objectivation en psychiatrie. Ainsi, l'argument de la nécessité de défendre la singularité du sujet face au nivellement de l'approche scientifique constitue un leitmotiv des critiques anti-DSM, dont l'ouvrage de Maurice Corcos *L'homme selon le DSM* (46) constitue un exemple. Celui-ci assimile ce risque de « disparition du sujet » à une menace de totalitarisme et dénonce les dérives normatives d'une telle classification se proclamant fondée en Nature.

Si tout recours à la théorie suppose un processus de généralisation, il existe alors forcément un écart entre la théorie et la pratique, qui consiste en la rencontre de patients singuliers. En effet, aucune théorie ne peut prétendre s'appliquer de manière rigide et totalisante (sans tenir compte du contexte, de la singularité du patient, de la relation soignant soigné), tant au niveau de l'explication des troubles que de l'intervention thérapeutique.

Ainsi, la difficulté de l'articulation de ces deux aspects du soin réside finalement non au niveau purement théorique mais au niveau de l'application de la théorie en pratique. Elle est le reflet de l'écart irréductible entre théorie et pratique.

2. Théorie de la pratique et rapport du clinicien à son modèle théorique

Les rapports théorie-pratique sont donc plus complexes qu'une simple hiérarchie. Si la théorie ne s'applique pas mécaniquement en pratique, chaque soignant est contraint de s'ajuster au

(82) Clément MN. 2012

(46) Corcos M. 2011, p. 16, 32, 55

cas par cas pour tenter de concilier le processus de généralisation (lié au nécessaire recours à un ou plusieurs modèles théoriques) et la prise en compte de la singularité de chaque patient. C'est ce processus de passage des représentations théoriques à une pratique fondée qu'analyse Georges Lantéri-Laura et qu'il nomme « théorie de la pratique », reprenant le terme de Pierre Bourdieu. Il observe que « chaque praticien se reporte explicitement à une ou plusieurs théories, qu'il emprunte ou, éventuellement, qu'il crée, fût-ce l'éclectisme ; mais quand on observe sérieusement son activité, on s'aperçoit très vite que son savoir-faire est en effet régulé, mais non par la théorie explicite : il ne travaille pas n'importe comment mais ce qui guide en effet son activité, c'est une théorie de la pratique, tout à fait distincte de la théorie, mais généralement peu explicitée » (3). La théorie de la pratique se situe entre savoir, faire, et savoir-faire.

Le « savoir » se réfère aux diverses théories et est en lien avec la dimension technique du soin (Cf. Partie III, 1, A). Il correspond en réalité à des fragments de théories disparates (issues des sciences naturelles et des sciences humaines), qui empruntent à des disciplines variées (3). Aucune théorie n'explique entièrement le champ de la discipline (il n'y a pas de théorie hégémonique), chacune peut prétendre éclairer une situation donnée, dans un enchevêtrement d'explications hétérogènes et non hiérarchiques. Cette situation est inconfortable car le soubassement épistémologique est relativement faible par rapport à d'autres disciplines dont le socle théorique est plus facilement référé aux sciences de la nature (même si, on l'a vu, la pratique n'est pas entièrement déduite des données scientifiques, même en médecine somatique (Cf. Partie II, 2, B)).

Le « faire » constitue la réponse à la demande, corollaire du fait que la médecine est une discipline pratique (Cf. Partie II, 2, C). Il comprend des aspects techniques (en lien avec la théorie : le savoir) et des aspects centrés sur la personne (marqués par l'importance des enjeux relationnels, subjectifs et contextuels). Le faire se fonde sur le savoir théorique ainsi que sur le savoir-faire.

Le « savoir-faire », transmis (compagnonnage) ou acquis (expérience personnelle), consiste précisément en l'articulation entre théorie et pratique, avec la nécessité pour chaque clinicien de trouver un équilibre dynamique entre ces influences, pour « penser et agir au cas par cas » (83), d'où le terme de « bricolage » emprunté par Armelle Grenouilloux à Jean Guyotat. Ce terme de bricolage, impliquant la flexibilité, s'oppose à la « recette de cuisine » où la

(3) Lantéri-Laura G. 1991, p. 181

(3) Lantéri-Laura G. 1991, p. 192

(83) Grenouilloux A. 2013

réalisation pratique découle directement de l'application mécanique d'un protocole. Il renvoie à l'ensemble des raisonnements et des décisions en jeu dans les situations les plus complexes rencontrées dans la pratique clinique.

Ainsi, la théorie de la pratique ne peut être systématisée, et ne constitue pas une théorie en tant que telle, que l'on pourrait exposer de manière complète. « Princesse lointaine » (83), tout au plus peut-on en dévoiler certains aspects, dans le but, non de dicter la pratique mais de permettre au clinicien une prise de recul par rapport à celle-ci. Ce flou correspond précisément à celui des modèles intégratifs (par exemple le modèle biopsychosocial), qui, ainsi que nous l'avons pointé dans la Partie II, 2, C, ne permettent pas de déduire des principes directeurs concrets pour la pratique.

Cet écart entre théorie et pratique n'est donc pas une question de théorie, mais dépend bien plus du rapport du praticien à la théorie. Prenons l'exemple de la psychanalyse : les cliniciens « d'inspiration psychanalytique » sont traditionnellement sensibles à la prise en compte de la singularité du patient (sa subjectivité) et des enjeux relationnels, mais il nous semble qu'une approche psychanalytique peut être tout à fait aussi technique que toute autre si elle prétend fournir la clé de tout symptôme grâce à une grille interprétative figée et infaillible. Maurice Corcos évoque à ce sujet la « psychanalyse triomphante des années 1950 – 1960, avec son matériel intellectuel plus théorique qu'empirique [...], et les risques inhérents à la spéculation et l'enfermement dans une approche discursive et spéculative » (46). Une psychanalyse s'éloignant du « sujet » pour se concentrer sur des généralisations théoriques.

La théorie de la pratique renvoie finalement au rapport de chaque clinicien à ses modèles théoriques, qui conditionne son « bricolage » en pratique. Nous allons à présent passer en revue certaines facettes de ce rapport du clinicien à la théorie que nous situerons dans une série de plusieurs *continuums* entre positions opposées, en tension.

A. Continuums réalisme / nominalisme et dogmatisme / relativisme

Le positionnement du clinicien face à la question du réalisme / nominalisme constitue un élément important de son rapport à la théorie. Il s'agit selon le philosophe Ian Hacking d'un

(83) Armelle Grenouilloux, reprenant le terme de Lantéri-Laura G. Grenouilloux A. 2013

(46) Corcos M. 2011, p. 24

débat traditionnel en philosophie, qu'il s'attache à clarifier car il l'identifie comme un « point de blocage » à la réflexion dans les controverses si ses enjeux ne sont pas explicités (84).

La position réaliste considère que le modèle théorique permet de mettre à jour la structure de la réalité. Elle soutient que « notre représentation d'une chose est vraie si elle est adéquate à ce qu'est la chose elle-même et si elle est impossible à concevoir logiquement autrement » (19). La réalité est structurée indépendamment de notre subjectivité car elle existe en dehors de notre esprit.

A l'opposé, l'approche nominaliste pense la théorie comme un modèle qui nous aide à organiser la réalité pour pouvoir la concevoir. C'est notre modèle théorique qui nous pousse à dégager une structure dans une réalité autrement trop complexe pour être saisissable par l'esprit humain (84).

Nous avons effleuré cette question lorsque nous avons évoqué le problème de la validité des catégories nosographiques (Cf. Partie I, 4, A). Le modèle de validité de l'approche biomédicale du diagnostic est fondamentalement réaliste : il consiste à relier les troubles à leur cause physiopathologique, celle-ci garantissant que la classification est en adéquation avec la structure même de la Nature.

A l'inverse, le point de vue mettant en avant l'utilité des diagnostics (Cf. Partie II, 1, C), leur rôle d'organisation de la pratique malgré l'absence de fondements physiopathologiques ou psychopathologiques définitivement établis, se rapproche d'un point de vue nominaliste. Celui-ci reconnaît que la réalité est éminemment complexe et qu'aucun modèle ne pourra la saisir dans sa totalité... mais en pratique, la nécessité d'agir nous pousse à organiser et à simplifier. Ainsi, Alain Bottéro va jusqu'à décrire le diagnostic comme un « artefact transitoire » (2), nécessaire pour comprendre et agir.

Finalement, ces deux positions extrêmes sont également intenable et chaque clinicien doit trouver un équilibre intermédiaire et donc se positionner sur un *continuum* entre elles (voir la *Figure 2*, plus loin (Partie III, 2, B)). Pour Henri Atlan, il s'agit de reconnaître que la vérité scientifique n'est pas « branchée directement sur la Réalité » (19), mais qu'elle occupe tout de même une place privilégiée parmi les autres régimes de connaissance « à cause des relations

(84) Hacking I. 2001, p. 117

(19) Atlan H. 2014, p. 41

(84) Hacking I. 2001, p. 118

(2) Bottéro A. 2008, p. 58

(19) Atlan H. 2014, p. 190

particulières de la raison à l'expérience qui caractérisent la méthode scientifique » (19). L'importance de la soumission des connaissances à des tests expérimentaux est notamment capitale dans la démarche scientifique, garantissant leur adéquation à la réalité (voir plus loin, Partie III, 2, B). Dupré défend lui aussi une position intermédiaire qu'il qualifie de « réalisme précaire » (32). Il défend que certaines catégories peuvent être considérées comme « naturelles » lorsqu'elles sont établies à partir d'un faisceau d'arguments scientifiques, tout en n'étant pas forcément « essentielles », c'est-à-dire immuables et universelles. Il s'agit de concilier le constat d'une relative stabilité des catégories psychiatriques et l'impact indéniable des facteurs socioculturels dans l'expression et la conceptualisation médicale des troubles mentaux.

Dans la pratique clinique, nous observons quotidiennement que la symptomatologie des patients rencontrés est le plus souvent complexe, fruste, et cadre plus ou moins bien avec la description clinique classique archétypique décrite dans les manuels. L'étiquette diagnostique dit bien quelque chose de la réalité du trouble du patient, mais, en même temps, ne cadre pas parfaitement avec ce trouble et ne le résume pas totalement.

Pour revenir au projet RDoC, plusieurs auteurs critiquent une position trop radicalement réaliste ancrée dans l'idée que la référence à la physiopathologie des troubles mentaux permettra d'assurer définitivement la validité de la classification.

Ainsi, pour Stein, la nature ne peut être découpée « à ses jointures », ce qui réglerait une fois pour toutes le problème des valeurs : il faut au contraire en permanence « peser les faits et les valeurs », pour maintenir la classification dans un « équilibre dynamique », qui est en permanence à trouver (60).

Weinberger et Goldberg (56), de leur côté, dénoncent une confiance excessive du projet RDoC dans le fait que les données neuroscientifiques et les mesures comportementales, reflétant la Nature, permettront logiquement de fonder une nosographie (approche réaliste stricte). Les nouveaux diagnostics seront-ils forcément capables de prédire l'évolution des troubles et de choisir le traitement le plus approprié (rôle de tout diagnostic) mieux que les diagnostics basés sur les symptômes, pour pouvoir les remplacer ? Ils rappellent que depuis cent ans, la psychiatrie tente de séparer et rassembler des symptômes pour créer des

(19) Atlan H. 2014, p. 190

(32) Cité par Demazeux S. 2013, p. 229

(60) Stein DJ. 2014

(56) Weinberger DR, Goldberg TE. 2014

syndromes et des nosographies : pour ces auteurs, le projet RDoC est une tentative de plus, et non la solution qui mettra un terme aux efforts pour bâtir la nosographie la plus utile en psychiatrie. Ils rappellent que les diagnostics basés sur la clinique sont issus de décennies d'observation clinique de patients, et bien qu'imparfaits, ils se révèlent des outils utiles cliniquement (point de vue nominaliste). Les auteurs défendent finalement un juste milieu, avec la prise en compte dans la définition des troubles mentaux de multiples dimensions (clinique, biologique, cognitive...), en l'absence de marqueur pathognomonique, dans un effort pour correspondre au mieux à la réalité des troubles.

Ce *continuum* réalisme / nominalisme rejoint celui entre les positions opposées que sont dogmatisme et relativisme (3).

La position dogmatique est celle qui soutient que son modèle théorique est le seul valable, et correspond à la vérité unique (3) et définitive (elle s'ancre dans une approche réaliste en ce que la théorie, considérée comme décrivant la réalité de la Nature telle qu'elle est, ne peut être qu'unique). Le scientisme constitue un cas particulier de position dogmatique, en prenant comme théorie de référence les théories issues des sciences de la nature – neurosciences en psychiatrie.

Au contraire, la position relativiste radicale soutient que la réalité est inconnaissable puisqu'il est impossible de définir des critères universels permettant de juger de la validité de nos modèles théoriques (leur adéquation à la réalité). Ceux-ci sont considérés comme reflétant principalement les conditions socioculturelles de leur élaboration (19).

Là encore, il s'agit de deux positions extrêmes qui sont difficilement tenables (19). D'un côté, il paraît impossible d'être strictement relativiste, ce qui revient à nier la réalité et les effets concrets des applications pratiques de nos théories. Il s'agirait alors de soutenir que toute théorie est également bonne : « tout se vaut ». A l'opposé, la position dogmatique conduit à une intolérance, à la fois des autres théories explicatives et des observations qui contrediraient la théorie (la complexité de la réalité est en partie évacuée et les observations contradictoires avec le modèle théorique sont niées ou déformées pour y entrer de force). Il semble que la position dogmatique se rencontre de plus en plus rarement en psychiatrie et les guerres de

(3) Lantéri-Laura G. 1991

(3) Lantéri-Laura G. 1991, p. 185

(19) Atlan H. 2014, p. 62

(19) Atlan H. 2014, p. 25

chapelle entre tenants de différents modèles théoriques tendent à perdre de leur importance (85). La question des conditions d'articulation des différents modèles théoriques entre eux et en pratique est donc d'autant plus d'actualité.

Ainsi, nous pouvons délimiter également un *continuum* dogmatisme / relativisme sur lequel il s'agit pour le clinicien de se situer (voir la *Figure 2*, plus loin (Partie III, 2, B)) selon son rapport à la théorie. Plusieurs auteurs plaident pour une position intermédiaire : Henri Atlan note ainsi que « le chemin est étroit entre dogmatisme et relativisme » (19). Il défend une attitude pragmatique selon laquelle notre rapport aux théories est en partie conditionné par la possibilité d'applications pratiques ou en tout cas, la croyance en la possibilité de telles applications. Il existe en effet des « croyances justifiées en des vérités limitées dont le critère le plus sûr est l'efficacité technique, tandis que l'explication théorique vient de surcroît » (19), ce qui le fonde à employer le terme de « relativisme relatif » (19).

Cette analyse précise donc la question des rapports de chaque théorie à la réalité et aux autres théories, donc la question de ses modalités d'application pratique, qui est située non pas au niveau de la théorie elle-même mais au niveau du rapport du clinicien à sa (ses) théorie(s). Ainsi, par exemple, il est possible de se référer à une théorie scientifique sans être scientifique. Prenons l'exemple du DSM III. Celui-ci a été conçu pour favoriser l'application d'une démarche scientifique (sur le modèle des sciences de la nature) en psychiatrie (*Cf.* Partie I, 4, A). Cependant, Spitzer, président du groupe de travail, avertit dans l'introduction du DSM III de ses limites en pratique clinique (32) : celui-ci est conçu pour encadrer la clinique et non pour la remplacer... Selon le philosophe Steeves Demazeux, le DSM a probablement été dépassé à l'usage, notamment par ses enjeux sociétaux (32) (la nécessité d'avoir un diagnostic appartenant à une classification reconnue pour être remboursé de ses soins aux Etats-Unis), acquérant ainsi progressivement le statut d'une « Bible » de la psychiatrie, incontournable et résumant peu à peu le savoir psychiatrique, ce qui risque de conduire à un appauvrissement des connaissances strictement cliniques (appauvrissement de la formation clinique, désintérêt des aspects subjectifs, relationnels et contextuels pour se focaliser sur des *check-lists* de

(85) Bation R, Leune E. 2013

(19) Atlan H. 2014, p. 272

(19) Atlan H. 2014, p. 320

(19) Atlan H. 2014, p. 265

(32) Cité par Demazeux S. 2013, p. 149

(32) Demazeux S. 2013, p. 150

critères). De fait, il est possible de constater que de nombreuses critiques du DSM dénoncent en réalité une mauvaise utilisation de celui-ci, plus que l'outil lui-même.

Or, le rapport du clinicien à son modèle théorique est complexe et nous ne pouvons nous contenter d'un modèle statique où le clinicien choisirait de se positionner sur les *continuums* que nous venons de décrire, selon sa sensibilité personnelle. En effet, contraint de « bricoler » pour parvenir à articuler théorie et pratique et pour concilier les exigences contradictoires de généralisation et de prise en compte de la singularité du patient, le clinicien doit en permanence naviguer entre différentes « couches de signification » (5). Il s'agit donc d'un équilibre dynamique qui dépend bien sûr du style du clinicien mais également de chaque situation clinique.

De plus, nous pouvons considérer que les positions extrêmes que nous avons individualisées ci-dessus, bien qu'opposées, doivent tout de même être d'une certaine façon tenues ensembles. Le clinicien qui se positionne dans un des *continuums* décrits se tient en fait dans une tension entre les deux positions extrêmes, et doit finalement emprunter simultanément des deux manières de voir. Cette contradiction ne peut se résoudre qu'en ayant conscience du caractère dynamique du processus. Nous allons examiner deux dimensions supplémentaires du rapport du clinicien à son modèle théorique qui sont en lien avec les *continuums* réalisme / nominalisme et dogmatisme / relativisme et illustrent bien ce caractère dynamique.

B. Une articulation dynamique

Doute / certitude

Les données scientifiques constituent des garanties de validité de nos connaissances et d'efficacité de notre action. Les *guidelines*, basés sur des données scientifiques s'imposent comme recommandations de « bonne pratique » donc nous en attendons qu'en découle un soin efficace.

Mais cette évidence est contradictoire avec la définition même de la science donnée par le philosophe Karl Popper. En effet, dans sa recherche d'un critère permettant de juger de la scientificité d'une discipline (« critère de démarcation »), Popper retient le critère de « réfutabilité » (ou « falsifiabilité ») : est scientifique une discipline qui peut produire des énoncés testables empiriquement et s'astreint à le faire (81). La théorie peut ainsi être réfutée à tout moment. Au contraire, Popper rejette la possibilité de vérifier une théorie : ainsi, pour

(5) Bracken P, *et al.* 2012

(81) Popper K. 1973, p. 37

lui, « il n'y a pas d'énoncé ultime en science » (81) (les théories peuvent seulement être « corroborées », en fonction des tests auxquels elles ont résisté). On conçoit la place importante accordée au doute dans la conception poppérienne de la science : « ce qui fait l'homme de science, ce n'est pas la possession de connaissances, d'irréfutables vérités, mais la quête obstinée et audacieusement critique de la vérité » (81). La démarche scientifique consiste donc à façonner des modèles et à tester ensuite leur adéquation à la réalité. Les essais randomisés et contrôlés, considérés comme la référence pour produire des faits scientifiques valides (sur lesquels s'appuient notamment les Recommandations de Bonne Pratique), fonctionnent selon une logique poppérienne : l'hypothèse dite nulle ne peut jamais être confirmée, mais seulement rejetée. L'accumulation des résultats constitue une « *evidence* », terme traduit faute de mieux en français par « preuve » mais il acquiert alors indument une connotation de certitude. Il faut entendre par *evidence* « donnée scientifique » ; l'accumulation de celles-ci permet une « corroboration » plus ou moins bonne de la théorie, mais jamais une « vérification » définitive si l'on suit le modèle poppérien.

Ainsi, le rôle dévolu aux théories scientifiques en pratique est contradictoire avec la définition poppérienne de la science précisément sur la question du doute. Tandis que nous recherchons des garanties pour agir, les théories scientifiques ne permettent pas d'acquérir des certitudes définitives.

C'est dans ce paradoxe que se loge la nécessité de la croyance. Comme le rappelle Henri Atlan, « croyances et connaissances apparaissent souvent comme interdépendantes de façon plus ou moins intriquées, bien que nous ayons toujours l'habitude et le désir de les distinguer radicalement » (19). Plus précisément, il s'agit ici de ce qu'Atlan définit comme « croyance pratique » : l'adhésion à un énoncé, conditionnée non pas par l'expérience de sa vérité, mais par la confiance en son efficacité théorique et pratique (19). Par exemple, notre croyance que la terre tourne autour du soleil, malgré l'évidence sensible quotidienne du contraire (le lever et le coucher du soleil), repose en fait sur notre confiance en les connaissances scientifiques accumulées jusqu'à présent et en l'efficacité de ces connaissances dont nous avons pu être témoins via leurs nombreuses applications pratiques (19)... Cette réflexion rejoint notre remarque en première partie (Cf. Partie I, 2, C) sur la justification essentiellement

(81) Popper K. 1973, p. 45

(81) Popper K. 1973, p. 287

(19) Atlan H. 2014, p. 28

(19) Atlan H. 2014, p. 108

(19) Atlan H. 2014, p. 27

pragmatique de la position mécaniste (choix *a priori* fondé sur son efficacité escomptée) ainsi que sur la confiance en la science des concepteurs du projet RDoC, condition nécessaire à la mise au point d'un tel projet.

Or, la croyance est nécessairement un phénomène dynamique, sauf à verser dans le fanatisme. En effet, ce en quoi l'on croit, c'est précisément ce que l'on ne tient pas pour absolument certain (autrement on ne considère pas cela soi-même comme une croyance mais comme une connaissance). Comme le souligne l'anthropologue Albert Piette, « on calcule quelque chose parce que c'est calculable, on le pense parce que c'est pensable et on le croit parce que c'est *aussi* incroyable » (86). A partir de cette « restriction », inhérente à l'acte de croire, se déploie nécessairement, « par principe de fonctionnement », « une amplitude variable d'assentiment. [...] Le croyant n'est jamais loin de se rappeler et de savoir que c'est incroyable. [...] L'acte de croire est ainsi intrinsèquement une question d'intensité » (86). Il s'agit bien d'une intensité variable dans le temps.

De même, dans notre rapport à nos modèles théoriques, nous sommes forcés d'adopter une attitude ambivalente : nous les reconnaissons comme limités par rapport à la complexité infinie de chaque situation clinique, mais en même temps, nous sommes tentés d'adhérer ou de nous forger des modèles simples (parfois même simplistes) (87) pour guider notre réflexion et notre action. C'est ce dilemme qu'illustre la fameuse citation de Paul Valéry : « le simple est toujours faux. Ce qui ne l'est pas est inutilisable ».

L'adhésion à un modèle théorique est nécessaire à l'action, tandis que le doute a tendance à paralyser celle-ci, comme l'illustre cette phrase de Charles Peirce : « la pensée en mouvement ne saurait avoir d'autre but que la croyance, c'est-à-dire la pensée en repos. C'est seulement quand notre pensée a trouvé son équilibre que notre action peut être ferme et sûre » (19). En effet, tolérer l'incertitude est nécessairement anxiogène lorsque l'on est sommé d'agir (2). Or l'action est indispensable à l'exercice de la médecine en tant que discipline pratique, naissant d'une demande d'aide (*Cf.* Partie III, 1, A). Dans la diversité des situations cliniques auxquelles est confronté le clinicien, il en est cependant qui comportent une part plus ou

(86) Piette 2012, p. 63 (italiques de l'auteur)

(86) Piette 2012, p. 64

(87) C'est ce mouvement que j'ai tenté de décrire dans un précédent article intitulé « L'interne devant les théories. De l'articulation entre théorie et pratique en psychiatrie ». Le Quang G. 2015

(19) Cité par Atlan H. 2014, p. 237

(2) Bottéro A. 2008, p. 89

moins grande de décision, d'action (Cf. Paragraphe suivant). Ainsi, le clinicien adoptera une position différente au niveau de la dimension doute / certitude suivant qu'il devra justifier une décision forte (par exemple choix de traitement, mise en chambre d'isolement...) ou bien au contraire, lorsqu'il ne sera pas sommé d'agir (par exemple au cours d'une discussion entre collègues où il pourra plus facilement remettre en question son modèle théorique). Il existe parfois un écart considérable entre le discours des praticiens « à tête reposée » et celui tenu en pratique pour justifier des décisions. La théorie a notamment pour rôle de légitimer une action, ce qui peut se faire *a posteriori*. Ainsi, un clinicien aura plus facilement un rapport de certitude face à sa théorie après avoir pris une décision pratique forte : la justification théorique de celle-ci devra nécessairement correspondre à la réalité et être la seule vraie (autrement il aurait été possible de prendre une autre décision...). Cette position se rapproche de la position dogmatique définie plus haut. L'historien Jean-Noël Missa (25) nous en livre un exemple extrême lorsqu'il analyse les « théories alibis » des psychiatres utilisant des « traitements de choc » (malariathérapie, insulinothérapie...) au début du XX^e siècle. En effet, il analyse les théories avancées à l'époque pour expliquer l'efficacité de ces traitements et les juge peu étayées et parfois assez ésotériques. Selon lui, les psychiatres eux-mêmes étaient lucides sur le manque de fondement scientifique de ces théories (qui n'avaient pas réellement d'utilité en pratique, le savoir-faire des psychiatres de l'époque étant essentiellement empirique), mais ils se sentaient tenus de produire un discours théorique malgré le manque total de lumière sur le mode d'action de ces traitements. Jean-Noël Missa les qualifie donc de « théories alibis » : selon lui, le rôle de ces théories était de fournir une justification de la pratique plus qu'une explication scientifique.

Le degré d'adhésion du clinicien à son modèle théorique est en lien avec le *continuum* relativisme / dogmatisme examiné dans la partie précédente. En effet, les deux positions opposées sont en lien : d'un côté le relativisme extrême, correspondant à un scepticisme complet et de l'autre côté le dogmatisme, caractérisé par une adhésion totale au modèle théorique, s'accompagnant d'une intolérance à l'incertitude.

Or, plus la base théorique d'une discipline est instable, plus il est tentant de se raccrocher à un modèle théorique de manière dogmatique pour se rassurer sur le bien fondé de sa pratique. C'est bien le cas de la psychiatrie, puisque nous avons vu en introduction qu'aucun paradigme n'était parvenu à unifier le champ de la discipline : les fondements théoriques demeurent

(25) Missa JN. 2006, p145

hétérogènes et controversés. Cela peut expliquer en partie l'importance des positions dogmatiques en psychiatrie (notamment par rapport aux autres spécialités médicales). La tentation est ici de se raccrocher de manière rigide aux protocoles ou aux conduites à tenir stéréotypées déduites d'une théorie particulière (87).

Action / empathie

Nous avons souligné plus haut l'importance de la dimension pratique en médecine et le fait que la nécessité de se référer à une théorie venait précisément de cet impératif de répondre à une demande (Cf. Partie III, 1, A). En effet, le processus de généralisation mis à l'œuvre entraîne une prise de recul, une définition de la maladie comme un problème, ce qui permettra de constituer un guide pour l'action. La dimension de l'action est donc en lien avec la distinction entre aspects techniques et non techniques du soin : les approches psychiatriques privilégiant les aspects techniques du soin entraînent une pratique plus active de la psychiatrie. La situation du patient est alors conceptualisée de manière privilégiée suivant les outils dont le clinicien dispose*. Les données scientifiques, notamment, permettent de donner un guide pour l'action, d'autant plus sûr que l'on s'écarte d'une conception strictement poppérienne de la science (Cf. Paragraphe précédent). Ainsi, les chiffres sont souvent invoqués pour trancher le débat et favoriser, légitimer l'action. Par ailleurs, les approches psychiatriques les plus « actives » se centrent de manière préférentielle sur l'intervention pharmacologique, qui est la réponse technique la plus immédiate à disposition du psychiatre et peut être référée à des données scientifiques, et, à l'extrême, protocolisée (via des algorithmes décisionnels).

A l'inverse, les approches psychiatriques privilégiant les aspects non techniques du soin, et donc la prise en compte de la singularité du patient, débouchent sur une pratique psychiatrique moins active. En effet, le point de vue du patient sera adopté, toute conception généralisante évitée, et ainsi, la situation n'étant pas conceptualisée comme un problème, aucune solution n'est susceptible d'émerger, ce qui, à l'extrême, ne mène à aucune action concrète. Ce qui est privilégié dans ces approches, est la compréhension profonde du vécu du patient, permettant l'empathie. En effet, l'empathie nécessite la suspension (au moins temporaire) de l'action et du jugement. Cette opposition entre action et empathie transparait dans cette citation de Carl Rogers : « je me lance dans la relation thérapeutique avec l'hypothèse ou la conviction que

(87) Le Quang G. 2015

* Ce qu'illustre la formule fameuse d'Abraham Maslow extraite de son ouvrage *The Psychology of Science* (1966) : « si le seul outil que vous avez est un marteau, vous tendez à voir tout problème comme un clou ».

ma sympathie, ma confiance, et ma compréhension du monde intérieur de l'autre mèneront à un important processus de devenir. J'entre dans cette relation non comme savant ou comme médecin capable de donner un diagnostic exact et de guérir, mais en tant que personne entrant dans des rapports personnels » (80). Rogers oppose ainsi la « compréhension du monde intérieur de l'autre » (l'empathie) à la « capacité de donner un diagnostic et de guérir » (l'action). L'attention portée à la singularité du patient et l'empathie sont essentielles à une pratique psychothérapeutique (Cf. Partie III, 1, B). Ainsi, les approches psychiatriques plus centrées sur les aspects psychothérapeutiques de la pratique se focalisent-elles sur les aspects non techniques du soin (prêtant attention à la singularité du patient, au contexte et à la dimension relationnelle).

Il est donc possible de délimiter une dimension action / empathie sur laquelle le clinicien se situe, mais là encore, cette distinction entre deux positions extrêmes est bien entendu schématique et chaque clinicien se doit nécessairement en pratique de « tenir ensemble » ces deux extrêmes. L'on n'attend pas d'un psychiatre qu'il soit capable de prendre des décisions *ou* d'être empathique*... Ce qui ne peut se faire que d'une manière dynamique, c'est-à-dire qu'il s'agit d'osciller entre ces deux extrêmes (action / empathie) en fonction des situations cliniques.

Examinons la situation clinique d'un psychiatre rencontrant en consultation un patient pour la première fois, situation qui illustrera cette articulation dynamique entre action et empathie en pratique et le lien avec la distinction entre aspects techniques et non techniques du soin. Dans cette situation, le clinicien pourra en début d'entretien être plus sensible à instaurer une alliance thérapeutique, il aura tendance à se centrer davantage sur l'écoute du vécu du patient permettant l'établissement d'une relation empathique. Ce qui lui importe à ce moment là est bien de tenter d'entrer dans son « monde intérieur », et il peut également recueillir des éléments de l'histoire personnelle du patient pour parvenir à le comprendre au mieux. Les aspects relationnels sont également centraux à ce stade et il s'agit par exemple de repérer (et respecter) les ajustements défensifs du patient. Ces éléments procèdent de ce que nous avons défini comme les aspects non techniques du soin. Puis, vers la fin de ce premier entretien, soucieux de s'orienter dans la symptomatologie, de prendre éventuellement une décision thérapeutique, le clinicien pourra recentrer son interrogatoire, et rechercher plus activement

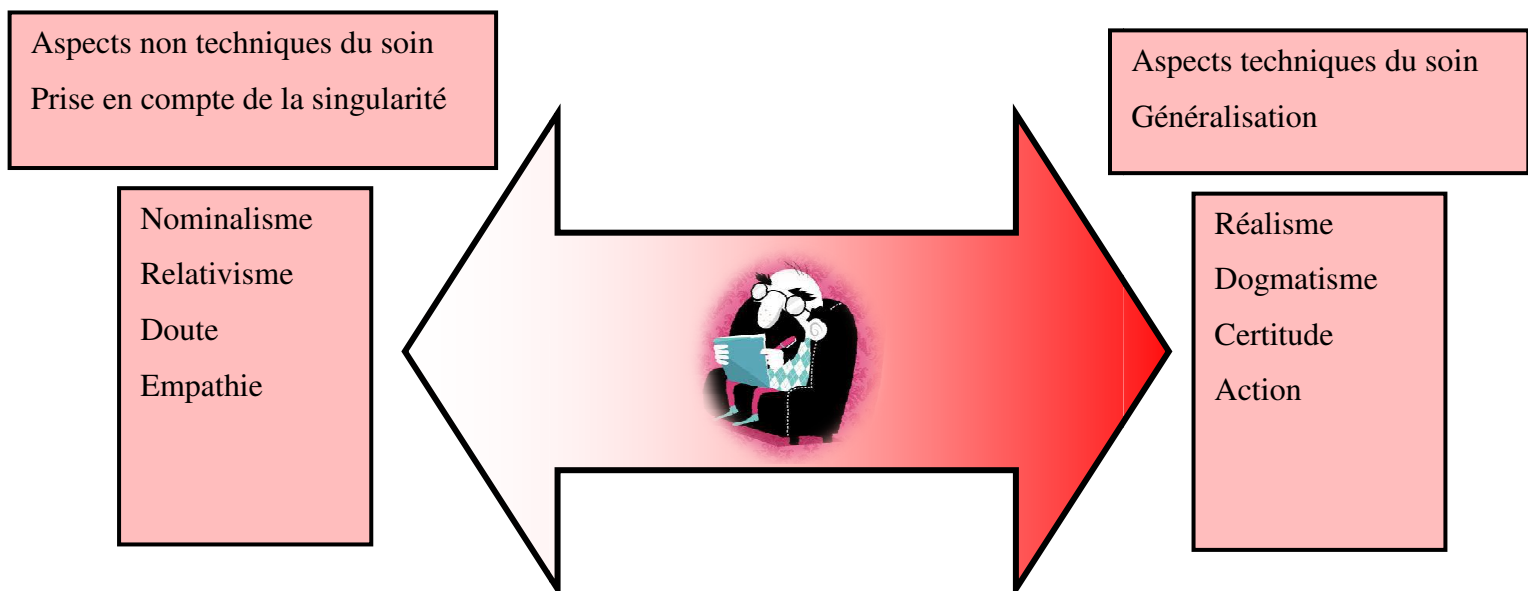
(80) Rogers C. 200, p. 155

* La nécessité de concilier action et « présence à l'autre » est illustrée par le précepte bouddhiste : « ne te contente pas d'agir, sois là ».

des symptômes pour préciser le diagnostic, les comorbidités ou éliminer une origine somatique des troubles. Ces derniers éléments correspondent à des aspects plus techniques du soin.

Cette dimension action / empathie est donc en lien avec la distinction entre aspects techniques et non techniques du soin ; elle l'est également avec le rapport du clinicien à son modèle théorique, notamment avec son positionnement par rapport à la dialectique relativisme / dogmatisme identifiée plus haut. Ainsi, à l'extrême, une position « dogmatique » encourage peu à questionner le modèle théorique et entraînera une approche technique du soin permettant l'action. Au contraire, une position relativiste privilégiera l'attention portée à la singularité du patient, l'empathie, le doute, ce qui, à l'extrême, peut paralyser toute action. Nous parvenons donc à un modèle où les différentes dimensions délimitées ci-dessus sont en lien, dans une articulation où le clinicien se doit de « tenir ensemble » les positions extrêmes, à la fois selon son style personnel et, de manière dynamique, selon les situations cliniques. Ces dimensions sont représentées sur le schéma ci-dessous (Figure 2).

Figure 2 : Rapport du clinicien à son modèle théorique



Nous examinerons un dernier concept illustrant cette articulation dynamique entre aspects techniques et non techniques du soin : celui d'« interstice » (88) développé par René Roussillon. Ce terme renvoie à l'ensemble des interactions avec les patients dans des espaces et des moments non prévus (dans un couloir, à la machine à café, entre deux activités institutionnalisées...). La possibilité de survenue de ces interactions est essentielle pour René Roussillon, tant pour le fonctionnement institutionnel, que pour l'établissement d'une relation thérapeutique de qualité, les patients faisant alors l'expérience de la disponibilité du clinicien, y compris dans les moments imprévus. Or, cette interaction tient à la fois des pôles technique et non technique du soin en ce qu'elle oscille constamment entre les deux : « l'intervention au sein de l'interstice doit prendre la forme d'une certaine implication personnelle, elle ne sera « professionnelle », c'est là son paradoxe, qu'à ne pas se formuler comme telle » (88).

C. Une articulation négociée

Ainsi, l'articulation théorie pratique se « bricole » au cas par cas, au contact du patient et la rencontre elle-même avec le patient modèle en partie ce processus. En effet, le clinicien, de par les aspects non techniques du soin, prend en compte le point de vue du patient et les aspects relationnels en jeu.

Dans un article de 1986, la sociologue Isabelle Baszanger reprend le concept d'« ordre négocié » du sociologue Anselm Strauss pour l'appliquer aux maladies chroniques qui sont conceptualisées comme des « constructions négociées » (89) dont le malade est un acteur indispensable. Elle s'intéresse notamment à la répartition particulière entre médecin et malade des tâches de gestion de la maladie chronique par rapport à la situation de la maladie aiguë et à la manière dont les différents acteurs déploient des stratégies adaptatives. L'importance des interactions entre les différents acteurs est centrale, comme l'indique le terme de « négociation »*.

Ainsi, le médecin adapte son positionnement par rapport à son modèle théorique en fonction des situations cliniques et « au cas par cas » selon la relation établie avec chaque patient. Cette adaptation est cependant en partie conditionnée par le style personnel du clinicien. Par exemple, si son rapport à la théorie est trop rigide (dogmatique), le clinicien, à l'extrême,

(88) Roussillon R. 1987, p. 157

(88) Roussillon R. 1987, p. 157

(89) Baszanger I. 1986

* Anselm Strauss appartient au courant dit « interactionniste » de la sociologie, né à l'Université de Chicago.

cherche à appliquer sa théorie sans tenir compte du patient en face de lui : le risque est alors de chercher à imposer sa vérité au patient en niant son expérience propre, au détriment de l'alliance thérapeutique, ce que Michael Balint a nommé la « fonction apostolique du médecin » (63) (par analogie avec le zèle évangéliste de certains ministres du culte). Dans ce cas, le médecin cherche alors à « faire de son mieux pour faire partager à son patient sa conviction de ce que doit être une maladie » (63).

Dans la plupart des cas, il se joue une négociation entre médecin et malade, et, au fil des rencontres, les deux protagonistes parviennent à « s'accorder » sur une conception du trouble acceptable pour chacun, et sur le traitement qui en découle. Cet accord est indispensable pour la poursuite du soin : on ne peut soigner un patient malgré lui !

Cette définition du trouble prend par exemple plus ou moins en compte les aspects psychologiques de la symptomatologie. Michael Balint aborde cette question en profondeur dans son ouvrage *Le médecin, son malade et la maladie*, qui s'intéresse aux aspects psychothérapeutiques de la pratique de la médecine générale (63). Il décrit ainsi comment certains patients au stade qu'il appelle « phase inorganisée », font plusieurs *offres* de maladie (63) à leur médecin, avant que les deux protagonistes puissent s'accorder sur une maladie « acceptable » qui sera l'objet du suivi, celle-ci pouvant être plus du côté du somatique (par exemple : asthme...) ou du psychologique (par exemple : dépression...).

En psychiatrie, médecin et malade doivent également s'accorder sur l'aspect plus ou moins psychogénique ou organique du trouble. Ainsi, un patient peut avoir une conception très biologique de sa dépression, par exemple, tandis que son thérapeute tentera peut-être de le convaincre des aspects psychologiques du trouble, tentant de l'amener à se remettre en question via une approche plutôt psychothérapeutique (il qualifiera alors le patient de « défensif », dans le « déni » des aspects psychologiques). Au contraire, la situation inverse peut exister, d'un médecin souscrivant à un modèle biologique du trouble, face à un patient considérant le problème comme d'origine psychologique. Ce patient aura tendance à se culpabiliser, se considérant lui-même comme la cause du problème, ou bien à résister à l'interprétation du médecin de son trouble comme un problème médical. Il sera vu par le médecin comme non « compliant » (en effet il ne se « plie » pas au modèle médical !). La dimension relationnelle de ces deux situations opposées est évidente, puisque face à un tel

(63) Balint M. 1988, p. 196

(63) Balint M. 1988, p. 196

(63) Balint M. 1988

(63) Balint M. 1988, p. 30

désaccord, s'acharner à convaincre l'autre risque d'aboutir au contraire du résultat escompté, c'est-à-dire à une radicalisation de sa position. Le clinicien risque alors de devenir plus « dogmatique » et le patient plus « défensif » ou moins « compliant » lorsque la relation se détériore. A l'inverse, dans le cas où l'alliance thérapeutique se noue peu à peu, la position du patient par rapport à sa maladie se modifie de même que celle du clinicien à sa théorie concernant ce patient singulier.

Conclusion

Nous avons vu que le projet RDoC constituait un projet ambitieux du NIMH pour l'avenir de la psychiatrie : projet résolument moderne visant à fédérer les recherches fondamentales en neurosciences biologiques et à les soutenir financièrement, se donnant comme objectif à terme de résoudre le problème du manque d'application à ce jour des connaissances neuroscientifiques fondamentales en pratique clinique en psychiatrie (problème de la *translation*).

Un point fort du projet nous semble être sa capacité à stimuler (et financer) les recherches neuroscientifiques fondamentales, en tentant de les faire converger vers ce but commun. Il faut aussi noter l'optimisme des concepteurs du projet qui appellent à être « aussi ambitieux » dans les attentes que nous plaçons dans les recherches fondamentales en psychiatrie que dans les autres spécialités médicales. Cet optimisme nous paraît revigorant dans un contexte où les laboratoires pharmaceutiques désertent le champ de la recherche scientifique fondamentale en psychiatrie, désespérant devant le manque de nouveauté en psychopharmacologie (90). La recherche scientifique fondamentale en psychiatrie, se fondant sur une approche mécaniste de la vie mentale, nous paraît constituer un pari nécessaire sur l'avenir.

Un autre point original et intéressant du projet est le parti pris de se dégager des classifications nosographiques actuelles, basées sur les symptômes (DSM et CIM) et élaborées en partie par consensus, pour tenter de mettre en évidence des bases biologiques aux troubles mentaux. L'accent est ainsi mis sur le caractère dimensionnel de ces troubles (tandis que les classifications actuelles sont catégorielles) et le modèle est conçu comme prenant en compte les dimensions neurodéveloppementales des troubles, qui sont de plus en plus reconnues comme primordiales dans les recherches actuelles.

Dans une deuxième partie, nous avons repris des critiques du projet RDoC, portant essentiellement sur les fondements conceptuels du projet, notamment la question du réductionnisme biologique strict et de l'idéal positiviste sous-jacent. Globalement, ces critiques portent sur la manière dont les concepteurs du projet comptent précisément résoudre les difficultés qui limitent pour l'instant la *translation* des connaissances scientifiques fondamentales en pratique clinique. Il apparaît que ce point là n'a pas été particulièrement élaboré, avec l'idée implicite que le problème se résoudrait de lui-même avec l'avancée des

(90) Nutt D, Goodwin G. 2011

connaissances scientifiques fondamentales. Ces critiques convergent vers le constat que le projet RDoC apparaît comme un projet intéressant et prometteur pour la recherche scientifique fondamentale, mais elles émettent des doutes quant-à la possibilité de résoudre le problème de la *translation* (qui représente pourtant la justification même du projet) et ainsi de « révolutionner » la pratique clinique. Ces critiques dénoncent également les ambitions hégémoniques des concepteurs du projet qui promeuvent une vision idéalisée d'une pratique clinique directement déduite des connaissances neuroscientifiques.

Au final, le projet tel qu'il est présenté peut être qualifié d'utopique, de part son optimisme quant-à ses possibilités de réussite et quant-à l'objectif même qu'il se fixe (être le catalyseur d'une révolution scientifique en psychiatrie).

Il est cependant important d'avoir conscience que le discours accompagnant le projet RDoC, qui a essentiellement servi de base pour ce travail, est probablement exagéré car produit en partie à des fins de promotion du projet. Dans ce contexte, il est compréhensible que les concepteurs du projet amplifient ses ambitions et ses applications pratiques futures et minimisent les difficultés qui l'attendent, notamment par rapport au problème de la *translation*.

De même, il est difficile en consultant la littérature scientifique et le site Internet du NIMH d'obtenir des informations précises sur le stade de développement du projet, son ampleur réelle et le contenu de la base de donnée en ligne. Nous avons tenté de contacter par mail certains membres du NIMH dans le but d'obtenir des renseignements plus précis sur ces questions ainsi que leur avis personnel sur la faisabilité du projet et sur le décalage éventuel entre le discours promotionnel et la réalité du projet. Nous avons malheureusement été redirigés vers les sources « officielles » (site Internet du NIMH) et il est probable qu'il faille effectuer une enquête sur le terrain et réaliser des entretiens sur le modèle des études qualitatives en sciences humaines, pour approfondir ces questions. Ce travail pourrait être envisagé dans le cadre d'une étude plus poussée sur le projet RDoC...

En tout état de cause, cet exemple du projet RDoC et les critiques qu'il a pu soulever n'étaient pas pensés dans ce travail comme prétextes pour exacerber des clivages idéologiques stériles entre des positions schématiques (par exemple pour ou contre l'approche neuroscientifique en psychiatrie), mais au contraire pour tenter d'explicitier les points de désaccord entre différentes approches en psychiatrie dans une discussion d'ordre épistémologique. En effet,

savoir sur quoi l'on s'oppose peut à notre avis permettre de se situer mutuellement et de favoriser le dialogue.

Nous avons ainsi délimité deux approches opposées de la vie mentale : approches réductionniste et « subjectiviste », ainsi que deux catégories de modèles de soin s'y rapportant : modèle biomédical et modèles « intégratifs ». Il est apparu que les modèles intégratifs étaient plus complémentaires qu'alternatifs, et qu'aucun des deux types de modèles ne revendiquait d'hégémonie. Cela a été expliqué par le fait qu'en dernière analyse, ces différents modèles défendent non des *approches* opposées du soin, mais plutôt insistent sur des *aspects* opposés du soin, qui sont nécessairement à concilier en pratique clinique. Ces deux aspects ont été reconnus comme les aspects techniques (en lien avec la théorie) et les aspects privilégiant la prise en compte de la singularité du patient.

Ces deux aspects s'opposant sur la question de la généralisation et de la prise en compte de la singularité, cette opposition a été mise en lien avec l'écart irréductible entre théorie et pratique, illustré par le concept de « théorie de la pratique ». Enfin, cet écart entre théorie et pratique a été considéré comme tenant plus du rapport du clinicien à sa théorie que des théories elles-mêmes. La réflexion a donc porté sur différentes facettes du rapport du clinicien à son modèle théorique, celui-ci est apparu à la fois dynamique et négocié.

Les réflexions développées dans ce travail, notamment sur la question de l'articulation entre théorie et pratique, pourront paraître des évidences à des cliniciens expérimentés qui auront eu l'occasion, au fil de leur pratique clinique de faire l'expérience de ce « bricolage » nécessaire pour concilier la généralisation propre à toute théorie et la prise en compte de la singularité du patient inhérente à toute activité clinique. Pour Georges Lantéri-Laura, l'évolution se fait « naturellement » chez le clinicien vers un « relativisme sceptique » (91) avec l'expérience, à mesure qu'il se constitue une pratique propre référée à différents modèles théoriques (ou bribes de modèles) mais informée également par son expérience clinique... Cependant, les internes, psychiatres « en herbe », peuvent se trouver désorientés, soumis à des exigences contradictoires et en manque de repères définitivement sécurisants. Ainsi, pour Rémy Bation et Edouard Leaune, si « le doute paraît inhérent au statut d'interne en psychiatrie » (85), celui-ci peut néanmoins être paralysant aussi bien que moteur. Un des risques est de se réfugier dans une position dogmatique sécurisante (87) au moins temporairement. Il nous semble que

(91) Lantéri-Laura G. 2004

(85) Bation R, Leaune E. 2013

(87) Le Quang G. 2015

cette attitude peut être favorisée par la manière dont les connaissances psychiatriques sont présentées dans les manuels, premières lectures des étudiants (externes, puis internes) : en effet, le savoir y est régulièrement présenté comme achevé, « positif » dans le sens que toute discussion mettant en avant les divergences théoriques et le fait que la pratique clinique n'est pas déduite directement de la théorie est éliminée.

Au final, les réflexions développées dans ce travail ne se veulent pas constitutives d'une théorie systématisée mais plutôt des éléments aidant à prendre du recul par rapport à la pratique, ce qui nous semble particulièrement nécessaire au jeune clinicien en psychiatrie.

Bibliographie

- (1) Kuhn T. La Structure des révolutions scientifiques. Paris : Flammarion ; 2008 (éd. or. 1962)
- (2) Bottéro A. Un autre regard sur la schizophrénie. Paris : Odile Jacob ; 2008
- (3) Lantéri-Laura G. Psychiatrie et connaissance. Essai sur les fondements de la pathologie mentale. Paris : Sciences en situation ; 1991
- (4) NIMH. Site Internet : présentation du projet RDoC : <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml> et <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml> (consultés le 23.01.15) ; blog de Thomas Insel, directeur du NIMH : <http://www.nimh.nih.gov/about/director> (consultés le 23.01.15) ; site de la base de données RDoC rdocdb.nimh.nih.gov (consulté le 05.04.15)
- (5) Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster, C, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. Br J Psychiatry. 2012;201(6):430-4
- (6) Craddock N, Antebi D, Attenburrow MJ, Bailey A, Carson A, Cowen P, et al. Wake-up call for British psychiatry. Br J Psychiatry. 2008;193(1):6-9
- (7) Insel TR, Quirion R. Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. JAMA. 2005;294(17):2221-4
- (8) Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. BMC med. 2013;11(1):126
- (9) White PD, Rickards H, Zeman AZ. Time to end the distinction between mental and neurological illnesses. BMJ. 2012;344:3454
- (10) Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale. Paris : Le livre de Poche ; 2008 (éd. or. 1865)
- (11) Fulford KW, Davies M, Gipps R et al. Oxford textbook of philosophy and psychiatry. Oxford: OUP ; 2006
- (12) Insel TR, Cuthbert BN, 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(7):748-51
- (13) Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. World Psychiatry. 2014;13(1):28-35
- (14) Licinio J. Translational psychiatry: leading the transition from the cesspool of devastation to a place where the grass is really greener. Transl psychiatry. 2011;1(4):1

- (15) Lipowski ZJ. Psychiatry: mindless or brainless, both or neither. *Can J Psychiatry*. 1989;34(3):249-54
- (16) Kandel ER. A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry*. 1998;155(4):457-69
- (17) Reynolds CF, Lewis DA, Detre T, Schatzberg AF, Kupfer DJ. The future of psychiatry as clinical neuroscience. *Acad med*. 2009;84(4):446
- (18) Hempel C. *Eléments d'épistémologie*. Paris : Masson ; 1972 (éd. or. 1966)
- (19) Atlan H. *Croyances. Comment expliquer le monde ?*. Paris : Autrement ; 2014
- (20) Braff L, Braff DL. The neuropsychiatric translational revolution: still very early and still very challenging. *JAMA psychiatry*. 2013;70(8):777-9
- (21) Andreasen NC. Changing boundaries in psychiatry. *Lancet*. 1999;354:56
- (22) Kremer-Marietti A. *Le positivisme*. Paris : PUF ; 1993 (éd. or. 1982)
- (23) Bouveresse J. *Essai VI. Les lumières des positivistes*. Marseille : Agone ; 2011
- (24) Goldstein J. *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*. Le Plessis-Robinson : Synthélabo ; 1997 (éd. or. 1987)
- (25) Missa JN. *Naissance de la psychiatrie biologique*. Paris : PUF ; 2006
- (26) Gaudillière JP. *Inventer la biomédecine : la France, l'Amérique et la production des savoirs du vivant, 1945-1965*. Paris : La Découverte ; 2002
- (27) Krishna V. Changing Social Relations between Science and Society: Contemporary Challenges. 2013:FMSHWP-2013-54 disponible en ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/FMSH-WP/halshs-00910707> (consulté le 10.02.15)
- (28) Danet F. La psychiatrie, une spécialité marginale dans la modernité. *Inf psychiatr*. 2013;89(1):33-41
- (29) Hamburg MA, Collins FS. The path to personalized medicine. *N Engl J Med*. 2010;363(4):301-4
- (30) Ozomaro U, Wahlestedt C, Nemeroff CB. Personalized medicine in psychiatry: problems and promises. *BMC med*. 2013;11(1):132
- (31) Gueyffier F, Cucherat M. Causalité et association statistique. *Rev Prat*. 2003;53(8):817-9
- (32) Demazeux S. *Qu'est-ce que le DSM ? Genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*. Paris : Ithaque ; 2013

- (33) Gansel Y, Forgeard L, Danet F, Boussageon R, Elchardus JM. Réformer la nosographie psychiatrique par la mathématisation. Progrès scientifique et nécessité sociale du DSM-III. *Evol psychiatr.* 2008;73(3):497-507
- (34) Geoffroy PA, Amad A, Gaillard R. Sciences et psychiatrie. *Ann Med Psychol.* 2014;172(9):752-5
- (35) Kendell R, Jablensky, A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry.* 2003;160(1):4-12
- (36) Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch gen psychiatry.* 1978;35(6):773-82
- (37) Demazeux S. Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ?. *PSN.* 2008;6(1):17-25
- (38) Robin M, Rechtman R. Un changement de paradigme au sein du DSM ? Le cas de la personnalité borderline à l'adolescence. *Evol Psychiatr.* 2014;79(1):95-108
- (39) Van Praag HM. Biological psychiatry: still marching forward in a dead end. *World Psychiatry.* 2010;9(3):164-5
- (40) Bullmore E, Fletcher P, Jones PB. Why psychiatry can't afford to be neurophobic. *Br J Psychiatry.* 2009;194(4):293-5
- (41) Parnas J. The RDoC program: psychiatry without psyche?. *World Psychiatry.* 2014;13(1):46-7
- (42) Parnas J, Moller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest P, et al. EASE: examination of anomalous self-experience. *Psychopathology.* 2005;38(5):236-58
- (43) Nelson B, Whitford TJ, Lavoie S, Sass LA. What are the neurocognitive correlates of basic self-disturbance in schizophrenia? Integrating phenomenology and neurocognition: Part 2 (Aberrant salience). *Schizophr res.* 2014;152(1):20-7
- (44) Lévi-Strauss C. *Anthropologie structurale.* Paris : Plon ; 1958
- (45) Wakefield JC. Wittgenstein's nightmare: why the RDoC grid needs a conceptual dimension. *World Psychiatry.* 2014;13(1):38-40
- (46) Corcos M. *L'homme selon le DSM. Le nouvel ordre psychiatrique.* Paris : Albin Michel ; 2011
- (47) Franck N. Approche neurocognitive des troubles du vécu dans la schizophrénie. *Evol psychiatr.* 2010;75(3):409-19
- (48) Fulford KW. RDoC+: taking translation seriously. *World Psychiatry.* 2014;13(1):54-5
- (49) Maj M. Keeping an open attitude towards the RDoC project. *World Psychiatry.* 2014;13(1):1-3

- (50) Frances A. RDoC is necessary, but very oversold. *World Psychiatry*. 2014;13(1):47-9
- (51) First MB. Preserving the clinician-researcher interface in the age of RDoC: the continuing need for DSM-5/ICD-11 characterization of study populations. *World Psychiatry*. 2014;13(1):53-4
- (52) Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard ; 1972 (éd. or. 1961)
- (53) Chalmers A, *La fabrication de la science*, Paris, PUF, 1990
- (54) Corruble E. Antidépresseurs et risque suicidaire. *Encephale*. 2010;36(1):1-2
- (55) Doron CO. Évaluation de l'efficacité des psychothérapies entre science et société. *Inf psychiatr*. 2009;85(2):131-41
- (56) Weinberger DR, Goldberg TE. RDoCs redux. *World Psychiatry*. 2014;13(1):36-8
- (57) Fava GA. Road to nowhere. *World Psychiatry*. 2014;13(1):49-50
- (58) Foucault M. *Naissance de la clinique*. Paris : PUF ; 2009 (éd. or. 1963)
- (59) Nemeroff CB, Weinberger D, Rutter M, MacMillan HL, Bryant RA, Wessely S, et al. DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions. *BMC med*. 2013;11(1):202
- (60) Stein DJ. An integrative approach to psychiatric diagnosis and research. *World Psychiatry*. 2014;13(1):51-3
- (61) Sackett DL, Rosenberg W, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2
- (62) Martin-Mattera P, Garnier F, Huez JF, Benoist V. Les lombalgies chroniques: symptôme ou pas symptôme ?. *Evol psychiatr*. 2010;75(4):607-20
- (63) Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Payot ; 1988 (éd. or. 1957)
- (64) Moerman DE, Jonas WB. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Ann Intern med*. 2002;136(6):471-6
- (65) Cathébras P. *Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les syndromes médicalement inexplicés*. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2006
- (66) Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136
- (67) Ghaemi SN. The rise and fall of the biopsychosocial model. *Br J Psychiatry*. 2009;195(1):3-4
- (68) Good B. *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*. Le Plessis-Robinson : Synthélabo ; 1998 (éd. or. 1994)

- (69) Mouillie JM (dir.). Médecine, santé et sciences humaines. Manuel. Collège des sciences humaines et sociales en médecine et santé. Paris : Les Belles Lettres ; 2011
- (70) Rechtman R. Anthropologie médicale et psychiatrie : de nouveaux paradigmes de recherche. Pour la Recherche. 1998;17:2-3
- (71) Lee S, Kleinman A. Are somatoform disorders changing with time? The case of neurasthenia in China. Psychosom Med. 2007;69(9):846-9
- (72) Kleinman A. The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition. New York : Basic Books ; 1988
- (73) Martin B, Franck N. Rétablissement et schizophrénie. EMC-Psychiatrie. 2013;10(4):1-9 [Article 37-290-A-20]
- (74) Le Cardinal P, Roelandt JL, Rafael F, Vasseur-Bacle S, François G, Marsili M. Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : historique, études et perspectives. Inf psychiatr. 2013;89(5):365-70
- (75) Bracken P, Thomas P. Postpsychiatry: a new direction for mental health. Br Med J. 2001;322:724-7
- (76) Seris JP. La technique. Paris : PUF ; 1994
- (77) Maj M. Technical and non-technical aspects of psychiatric care: the need for a balanced view. World Psychiatry. 2014;13(3):209-10
- (78) Gansel Y. La bipolarité épistémologique de la psychiatrie française. Evol Psychiatr. 2014;79(1):134-41
- (79) Poincaré H. La science et l'hypothèse. Paris : Flammarion ; 1902
- (80) Rogers C. Le développement de la personne. Paris : Dunod ; 2005 (éd. or. 1961)
- (81) Popper K. La logique de la découverte scientifique. Paris : Payot ; 1973 (éd. or. 1934)
- (82) Clément MN. Psychanalystes, ne soyons pas sectaires !. Le Monde ; 06.03.2012 (Disponible sur http://www.lemonde.fr/idees/article/2012/03/06/psychanalystes-ne-soyons-pas-sectaires_1652484_3232.html (Consulté le 21.03.15))
- (83) Grenouilloux A. Lever le voile sur la « princesse lointaine », est-ce possible ? À propos de la théorie de la pratique. Inf psychiatr. 2013;89:63-71
- (84) Hacking I. Entre science et réalité : la construction sociale de quoi ?. Paris : La Découverte ; 2001 (éd. or. 1999)
- (85) Bation R, Leane E. Doutes et devenirs de l'interne en psychiatrie. Inf psychiatr. 2013;89(6): 473-80

(86) Piette A. Quand croire c'est faire et un peu plus. Chapitre 2. In : Aubin-Boltanski E, Lamine AS, Luca N (dir.). Croire en actes. Paris : L'Harmattan ; 2014

(87) Le Quang G. L'interne devant les théories. De l'articulation entre théorie et pratique en psychiatrie. *Inf psychiatr.* 2015;91(2):177-82

(88) Roussillon R. Espaces et pratiques institutionnelles, le débarras et l'interstice. In : Kaës R (dir.). L'institution et les institutions : études psychanalytiques. Paris : Dunod ; 1987

(89) Baszanger I. Les maladies chroniques et leur ordre négocié. *Revue française de sociologie.* 1986;27(1):3-27

(90) Nutt D, Goodwin G. ECNP Summit on the future of CNS drug research in Europe 2011: report prepared for ECNP by David Nutt and Guy Goodwin. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(7):495-9

(91) Lantéri-Laura G. Principales théories dans la psychiatrie contemporaine. *EMC-Psychiatrie.* 2004;1(2):128-49 [Article 37-006-A-10]

Annexe : détails de la recherche bibliographique

Une recherche élargie sur le moteur de recherche PubMed a été menée, à la recherche d'articles récents de psychiatres anglo-saxons proposant une vision de la psychiatrie en général et de son évolution future. Ainsi, la recherche des termes « *psychiatry/trends* »³ dans les mots-clefs, en filtrant les articles en anglais uniquement, en excluant les articles ayant trait à une sous spécialité de la psychiatrie (pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, expertise, psychiatrie de liaison), a retrouvé 766 articles des années 1999 à 2014. Ce grand nombre d'articles ne représentait pas un état des lieux exhaustif des connaissances sur un sujet précis (vu le peu de précision des critères de recherche), mais plutôt un survol des réflexions épistémologiques contemporaines des psychiatres anglo-saxons sur leur discipline. Le choix des articles retenus s'est fait en fonction de leur lien avec la problématique des classifications, des rapports entre psychiatrie clinique et neurosciences et de la question de l'application en pratique clinique des résultats des études neuroscientifiques fondamentales.

3 Psychiatrie / tendances (actuelles)

4 Recherche du 16.12.14 : (((("Psychiatry/trends"[MAJR] AND English[lang])) NOT psychosomatic medicine) NOT geriatrics) NOT forensic medicine) NOT child psychiatry

Conclusions signées



Nom, prénom du candidat : LE QUANG Gauthier

CONCLUSIONS

La première partie de notre travail a consisté en une présentation du projet *Research Domain Criteria* (RDoC) et de ses fondements conceptuels.

Celui-ci représente une vaste initiative lancée par le *National Institute of Mental Health* (Institut National de Santé Mentale) aux Etats-Unis en 2009. Il s'agit d'un projet à long terme visant à donner un cadre aux recherches fondamentales en neurosciences, fédérer ces recherches et les soutenir financièrement. Son principe de départ est de favoriser et coordonner les recherches en partant de la physiologie et la physiopathologie cérébrale et non de la clinique. Il s'affranchit donc des classifications des troubles mentaux en vigueur, basées sur les symptômes cliniques (notamment le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)). Le projet RDoC prend pour point de départ des « dimensions fonctionnelles » et consiste en un croisement de différentes « unités d'analyse », dans une perspective neuro développementale. Dans un deuxième temps, cet ensemble de recherches ambitionne de faire émerger une classification des troubles mentaux basée sur la neurobiologie. Enfin, le projet est conçu pour permettre à terme la mise au point de biomarqueurs diagnostiques et de traitements spécifiques de la physiopathologie des troubles mentaux. Le but ultime poursuivi est ainsi la résolution du problème de la *translation*, c'est-à-dire le problème de l'absence d'applications pratiques en psychiatrie des connaissances neuroscientifiques fondamentales à ce jour.

Il s'agit d'un projet innovant, utilisant des moyens de communication modernes pour tenter de faire converger les recherches fondamentales vers un objectif commun. Le projet RDoC est présenté avec des objectifs ambitieux, et comme un « changement de paradigme » pour la psychiatrie : moyen de faire advenir une révolution scientifique en appliquant le cadre intellectuel des neurosciences biologiques à la pratique psychiatrique.

Nous avons relié ce projet de fonder la psychiatrie sur les neurosciences biologiques au choix d'une position mécaniste, choix méthodologique reposant sur un argument d'efficacité escomptée. Le projet mécaniste, comme « principe directeur en matière de recherche » en psychiatrie, se donne comme but de réduire les lois de la vie mentale à celles de la biologie.

Ce projet mécaniste peut être rapproché de l'idéal de « médecine expérimentale » pensé depuis Claude Bernard comme l'aboutissement de l'évolution de la médecine vers un stade véritablement scientifique, où la pratique clinique se fonde directement sur la connaissance de la physiologie et la physiopathologie.

Nous avons enfin souligné un point important du projet RDoC : le parti pris de se dégager des classifications nosographiques actuelles des troubles mentaux (principalement DSM) pour mettre au point une classification alternative s'en distinguant essentiellement par deux caractéristiques. La première est le projet de fonder scientifiquement la classification sur le déterminisme mécanique (la physiopathologie des troubles mentaux) et non statistique, dans le but d'améliorer la validité des catégories nosographiques, là où le DSM avait principalement porté son attention sur leur fiabilité. La deuxième est le choix d'une approche dimensionnelle (prenant en compte les aspects neuro développementaux des troubles), contrastant avec l'approche catégorielle du DSM, et s'appuyant sur les limites de l'approche catégorielle des troubles mentaux, de plus en plus soulignées dans la littérature scientifique.

Dans une deuxième partie, nous avons repris des critiques du projet RDoC, portant essentiellement sur ses fondements conceptuels.

La première question est celle du réductionnisme biologique strict du projet, qui, en lien avec la position mécaniste, vise à réduire les lois de la vie mentale à celles de la neurobiologie. Cependant, poussé à l'extrême, ce parti pris conduit à minimiser l'importance des aspects psychologiques (notamment subjectifs) et environnementaux. En effet, ceux-ci sont réduits à leurs déterminants neurobiologiques et considérés comme secondaires par rapport à ces derniers. Le projet RDoC est ambigu vis-à-vis de cette question, puisque la majorité de son texte de présentation insiste sur la primauté des « dimensions comportementales observables et des mesures neurobiologiques » tandis que certaines dimensions fonctionnelles individualisées comme point de départ des recherches sont en lien avec des expériences engageant nécessairement la subjectivité et les interactions avec l'environnement.

La deuxième question est celle de l'idéal positiviste sous jacent au projet selon lequel, avec l'avancée des connaissances scientifiques, la pratique clinique pourra se déduire directement des données scientifiques fondamentales. Ainsi, l'idée implicite des concepteurs du projet RDoC est que le problème de la *translation* des connaissances scientifiques fondamentales en pratique clinique se résoudra de lui-même avec l'avancée de la science.

Globalement, ces remarques convergent vers le constat que le projet RDoC apparaît comme un projet intéressant et prometteur pour la recherche scientifique fondamentale, mais elles jettent un doute sur sa capacité à résoudre le problème de la *translation* (qui représente pourtant la justification même du projet) et ainsi de « révolutionner » la pratique clinique. Du fait de ces incertitudes structurelles, le projet tel qu'il est présenté peut être qualifié d'utopique, de part son optimisme quant-à ses possibilités de réussite et quant-à l'objectif même qu'il se fixe.

Il est cependant important d'avoir conscience que le discours accompagnant le projet RDoC, qui a essentiellement servi de base pour ce travail, est probablement exagéré car produit en partie à des fins de promotion de celui-ci. Dans ce contexte, il est compréhensible que les concepteurs du projet amplifient ses ambitions et ses applications pratiques futures. En tout état de cause, cet exemple du projet RDoC et les critiques qu'il a pu soulever n'étaient pas pensés dans ce travail comme prétextes pour exacerber des clivages idéologiques stériles entre des positions schématiques (par exemple pour ou contre l'approche neuroscientifique en psychiatrie), mais au contraire pour tenter d'explicitier les points de désaccord entre différentes approches en psychiatrie dans une discussion d'ordre épistémologique. Cette discussion a été principalement l'objet de la fin de notre deuxième partie et de notre troisième partie.

Deux approches opposées de la vie mentale ont été délimitées : approches réductionniste et « subjectiviste » (plaidant au contraire pour le caractère irréductible de la vie mentale, notamment ses déterminants subjectifs, aux lois de la biologie), ainsi que deux catégories de modèles de soins s'y rapportant : respectivement modèle biomédical et modèles « intégratifs ». Il est apparu que les modèles intégratifs étaient plus complémentaires (visant à prendre en compte les facteurs psychosociaux aussi bien que les facteurs biologiques en jeu dans le soin) qu'alternatifs, et qu'aucun des deux types de modèles ne revendiquait d'hégémonie en psychiatrie. En effet, aucun modèle intégratif ne recommande de négliger les composantes cérébrales des troubles mentaux, tandis que les modèles biomédicaux reconnaissent en général, au moins à mi-mots, l'importance des facteurs psychologiques et socioculturels, même si ceux-ci ne peuvent être pris en compte dans une approche biomédicale stricte.

Nous avons expliqué cette « non opposition » par le fait qu'en dernière analyse, ces différents modèles ne défendent pas des *approches* opposées du soin, mais plutôt insistent sur des *aspects* opposés du soin, qui sont nécessairement à concilier en pratique clinique. Ces deux aspects ont été définis comme les aspects techniques (en lien avec la théorie) et les aspects privilégiant la prise en compte de la singularité du patient.

Cette opposition a ensuite été mise en lien avec l'écart irréductible entre théorie et pratique, illustré par le concept de « théorie de la pratique ». Celui-ci renvoie aux rapports complexes entre savoir, faire, et savoir-faire, reconnaissant que la pratique n'est jamais déduite directement d'une ou plusieurs théories, mais tient d'une articulation au cas par cas entre savoirs et savoir-faire. Ainsi, le concept de « théorie de la pratique » ne se prête pas lui-même à une systématisation mais correspond plus au « bricolage » du clinicien sommé de concilier ces exigences contradictoires de généralisation et de prise en compte de la singularité du malade.

Enfin, cet écart entre théorie et pratique peut être considéré comme tenant plus du rapport du clinicien à sa théorie que des théories elles-mêmes. Différentes facettes du rapport du clinicien à son modèle théorique ont donc été examinées et il est apparu que celui-ci devait se situer sur une série de *continuum* entre des positions extrêmes. La première opposition a concerné la position du clinicien sur la question du rapport de la théorie avec la réalité, avec les positions extrêmes du réalisme (la théorie reflète la réalité) et du nominalisme (nos théories ne sont que des modèles qui nous aident à organiser la réalité, autrement trop complexe pour être saisissable). En lien avec ce *continuum*, nous avons ensuite délimité celui allant du dogmatisme (ma théorie est la seule vraie) au relativisme (toutes les théories sont également bonnes et reflètent surtout les conditions socioculturelles de leur élaboration).

La nécessité de trouver une position intermédiaire a été soulignée, mais également, d'une certaine manière de « tenir ensemble » les extrêmes, le clinicien se situant dans une tension entre ceux-ci. Cette contradiction ne peut se résoudre qu'en prenant en compte le caractère dynamique du rapport du clinicien à son modèle théorique. Les exemples des oppositions doute / certitude et action / empathie ont été pris pour illustrer ce rapport dynamique, qui exige du clinicien non de douter *ou* d'être sûr ni d'être empathique *ou* d'agir, mais de douter *et* d'être sûr, et d'agir *et* d'être empathique (alternativement).

Enfin, ce rapport à la théorie est apparu également négocié, pour une part, puisque la rencontre avec le patient modèle en partie le processus d'articulation des différentes facettes du rapport du clinicien à son modèle théorique.

Au total, les réflexions développées dans ce travail ne se veulent pas constitutives d'une théorie systématisée mais plutôt des éléments aidant à prendre du recul par rapport à sa pratique, ce qui nous semble particulièrement nécessaire au jeune clinicien, alors que la tentation peut exister, en psychiatrie, de se réfugier, au moins temporairement, dans un rapport dogmatique à la théorie.

Le Président de la thèse,

Pr Fourneret Pierre
Signature : [Signature]
Professeur de Développement
Tel. 04 72 12 95 62

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 31 MARS 2015

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon Est

Professeur Jérôme ETIENNE

VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales

Professeur François-Noël GILLY

LE QUANG Gauthier : La psychiatrie, au seuil d'une révolution scientifique ?
Réflexion épistémologique à partir du projet RDoC

122 f. 2 ill. 0 tab.

Th. Méd : Lyon 2015 n°

RESUME :

Le projet *Research Domain Criteria* (RDoC) constitue une initiative ambitieuse lancée par le *National Institute of Mental Health* aux Etats-Unis en 2009. Ce projet, résolument moderne, vise à donner un cadre aux recherches scientifiques fondamentales avec l'objectif de mettre au point une classification dimensionnelle des troubles mentaux fondée sur les données neuroscientifiques. Il se fixe comme objectif à terme de favoriser la mise au point de biomarqueurs diagnostiques et de traitements spécifiques de la physiopathologie cérébrale des troubles mentaux.

Un certain nombre de critiques des fondements conceptuels du projet RDoC ont été reprises, portant notamment sur la question du réductionnisme biologique strict et de l'idéal positiviste sous-jacent. Ces critiques convergent vers le constat que le projet RDoC apparaît comme un projet intéressant pour la recherche scientifique fondamentale, mais peu susceptible de « révolutionner » la pratique clinique. Les ambitions hégémoniques du projet témoignent d'une vision utopique d'une pratique clinique directement déduite des données neuroscientifiques.

Enfin, cet exemple du projet RDoC a permis de lancer une réflexion épistémologique sur l'opposition entre approches réductionniste et « subjectiviste » de la vie mentale, débouchant sur des modèles prenant plus ou moins en compte deux aspects opposés du soin : les aspects techniques (en lien avec la théorie) et les aspects privilégiant la prise en compte de la singularité du patient. L'opposition entre ces deux aspects a été mise en lien avec l'écart irréductible entre théorie et pratique, illustré par le concept de « théorie de la pratique ».

MOTS CLES : psychiatrie, neurosciences, RDoC, classification, épistémologie, théorie de la pratique

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Pierre FOURNERET

Membres : Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK

Monsieur le Professeur Jean DALERY

Monsieur le Docteur Yannis GANSEL

Monsieur le Docteur Pierre SALTEL

DATE DE SOUTENANCE : 23 avril 2015

ADRESSE DE L'AUTEUR : gauthier.wisetwin@gmail.com