



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the author's institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/authorsrights>

# Aphérèse et apocope du diagnostic psychiatrique : la narration comme remède à la réification du diagnostic



■ Dans une époque marquée par la “dataïsation”, le néolibéralisme et la domination d’une logique neurobiologique, le diagnostic psychiatrique tend à être réifié. ■ Cet article invite à une réflexion critique sur son usage actuel, à partir d’une métaphore pour illustrer deux effets réducteurs : la coupure avec l’histoire personnelle du sujet (aphérèse) et l’effacement de la fonction potentielle du symptôme (apocope). ■ Posé sans mise en sens, le diagnostic prive le sujet de son historicité et de sa subjectivité. ■ L’article plaide pour une psychiatrie porteuse d’un savoir qui se sait croyance, afin de favoriser une posture d’humilité du clinicien et la possibilité d’une rencontre avec le patient. ■ Enfin, il propose l’apport de la narration comme remède possible à l’aphérèse et à l’apocope diagnostiques.

© 2025 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés, y compris ceux relatifs à la fouille de textes et de données, à l’entraînement de l’intelligence artificielle et aux technologies similaires.

Mots clés – épistémologie ; diagnostic ; humanité ; médecine narrative ; philosophie de la psychiatrie ; psychiatrie

**Apheresis and apocope in psychiatric diagnosis: narration as a remedy for the reification of diagnosis.** In an era marked by “dataization”, neoliberalism, and the dominance of neurobiological thinking, psychiatric diagnosis tends to be reified. This article invites critical reflection on its current use, using a metaphor to illustrate two reductive effects: the severing of the subject’s personal history (apheresis) and the erasure of the potential function of the symptom (apocope). When made without meaning, diagnosis deprives the subject of their historicity and subjectivity. The article argues for a psychiatry grounded in knowledge that acknowledges itself as belief in order to foster an attitude of humility on the part of the clinician and the possibility of an encounter with the patient. Finally, it proposes the contribution of narration as a possible remedy for diagnostic apheresis and apocope.

© 2025 Elsevier Masson SAS. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Keywords – diagnosis; epistemology; humanity; narrative medicine; philosophy of psychiatry; psychiatry

« La folie est en train de quitter le champ de l’institution psychiatrique. Où la retrouve-t-on aujourd’hui ? dans la précarité ? dans la tendance antisociale ? dans les passages à l’acte violent ? dans les conduites addictives ? Le fait mental n’est plus reconnu comme tel. On est projeté dans un monde sans fiction, marqué par l’exigence de la sensation, l’urgence d’un accès direct à l’objet, sans médiation. Il n’y a plus d’histoire, plus de récit porteur. Les sujets qui s’en trouvent blessés, blessent du même coup ceux qui les entourent. »

– François Ansermet,  
Malaise dans l’Institution [1]

Que signifie le fait de “donner”, de “poser” un diagnostic ? Qui “donne”, qui “reçoit”, “où” le pose-t-on ? “Que” donne-t-on et “que” reçoit-on ? Et quel sens prend le diagnostic dans une psychiatrie qui traverse une « forme nouvelle du malaise dans la civilisation » [1], où « la clinique, la relation, le cas par cas sont remplacés par des protocoles standardisés, supposés valables pour tous » [1] ?

■ Le diagnostic oriente la prise en charge, organise le travail clinique et scientifique, mais engage également un rapport de pouvoir qui peut marquer l’enveloppe identitaire<sup>1</sup> [2] du

sujet qui en devient porteur, via une sorte d’assignation, parfois irréversible, sous forme de stigmat [3]. Ce stigmat modifie le regard que les autres portent sur le sujet tout comme celui que le sujet porte sur lui-même. S’il en est ainsi, c’est que le diagnostic, acte médical, parfois aboutissement d’un processus hautement technique en médecine somatique, est aussi un acte du langage – et exclusivement à partir du langage en psychiatrie. C’est sur ce point que réside la figure rhétorique proposée dans ce texte – celle de l’aphérèse et de l’apocope<sup>2</sup> – qui sert

STEVE VILHEM<sup>a,\*,b,c,d</sup>

Médecin, anthropologue, docteur en sciences humaines et sociales de la médecine

<sup>a</sup>Institut des sciences humaines en médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois, Université de Lausanne, avenue de Provence 82, 1007 Lausanne, Suisse

<sup>b</sup>Laboratoire de psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse, École doctorale 261, Université Paris Cité, 71 avenue Édouard-Vaillant, 92100 Boulogne-Billancourt, France

<sup>c</sup>Psychiatrie du développement et trajectoires, Inserm U1018, CESP, Hôpital Cochin, Maison de Solenn, 97 boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France

<sup>d</sup>Unité alimentation et nutrition chez l’enfant et l’adolescent, service de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent, Hôpitaux universitaires de Genève, rue Willy-Donzé 6, 1205 Genève, Suisse

## NOTES

<sup>1</sup>Ce que nous appelons ici “enveloppe identitaire” fait écho au *faux self* décrit par Donald W. Winnicott ainsi qu’à la *persona* jungienne, ce masque social que l’individu présente au monde, protégeant le noyau vulnérable du sujet tout en organisant son adaptation au réel.

<sup>2</sup>En linguistique, l’aphérèse consiste en la chute d’un ou plusieurs phonèmes au début d’un mot, tandis que l’apocope correspond à la chute d’un ou plusieurs phonèmes à la fin d’un mot.

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail :  
steve.vilhem@unil.ch  
(S. Vilhem).

## NOTES

<sup>3</sup> Comme le note bien Charles Rosenberg, historien de la médecine : « Peut-être plus fondamentalement, l'acte de diagnostic relie l'individu au système social ; il est nécessairement à la fois un spectacle et un événement bureaucratique. Le diagnostic reste un rituel de dévoilement : un rideau est tiré, et l'incertitude est remplacée – pour le meilleur ou pour le pire – par un récit structuré. [...] Le médecin et le patient sont tous deux prisonniers de ce rituel ancien. Il y a une ironie instructive dans la manière dont les classifications nosologiques peuvent effectivement reconfigurer la vie de certains hommes et femmes, même lorsque le médecin qui attribue un diagnostic particulier est conscient du caractère arbitraire de cette détermination. » [11]

<sup>4</sup> Étymologiquement "soignant de l'âme" ψυχή (psukhê) : "âme", "souffle vital", "principe de vie" / ιατρός (iátrós) : "médecin".  
<sup>5</sup> D'autant plus lorsque l'on sait, avec Georges Devereux, que cet environnement socioculturel, intériorisé par l'individu, est en soi pourvoyeur de modèles d'inconduite pour l'individu en souffrance : « Parfois la culture elle-même fournit des directives explicites pour le mésusage des matériaux culturels, et cela tout particulièrement dans les situations de stress fréquentes mais atypiques. La directive qui nous intéresse ici est la suivante : "Garde-toi de devenir fou, mais si tu le deviens, conduis-toi de telle ou telle manière". Chaque société a des idées sur "comment les fous se conduisent". » [14]

<sup>6</sup> L'idée même de diagnostic, telle qu'elle s'est construite dans l'histoire de la médecine, est indissociable d'une certaine représentation de la maladie. Les avancées majeures de l'infectiologie à la fin du <sup>xx</sup>e siècle ont profondément et durablement modifié notre manière de penser la maladie : « [...] les théories microbiennes ont constitué un puissant plaidoyer pour une manière de penser réductionniste et mécaniste du corps et de ses dysfonctionnements ressentis. [...] Une maladie légitime possédait à la fois un déroulement clinique caractéristique et un mécanisme : en d'autres termes, une histoire naturelle qui – du point de vue du médecin comme de celui du patient – formait un récit. L'acte de diagnostic plaçait

ici de métaphore pour interroger la réduction du diagnostic à un mot isolé, amputé en amont de l'histoire du sujet (aphérèse) ainsi qu'en aval de la fonction du symptôme (apocope), trop souvent éludée.

■ **Arthur Kleinman l'a exprimé dans son ouvrage *Rethinking Psychiatry***, en insistant sur l'insuffisance d'une médecine qui se focalise essentiellement sur la cause efficiente proximale d'un trouble : « *Lorsqu'une douleur thoracique est réduite à une maladie coronarienne chronique, pour laquelle on prescrit des inhibiteurs calciques et de la nitroglycérine, tandis que la peur du patient, la frustration de la famille, les conflits professionnels, l'impuissance sexuelle et la crise financière ne sont ni diagnostiqués ni pris en compte, c'est un échec.* » [4] De même, en psychiatrie, le diagnostic peut devenir un acte mutilant. Si le symptôme psychique n'est plus entendu comme expression d'un conflit, d'un appel ou d'une tentative de solution,

mais est simplement réduit à des signes codifiés – tels ceux listés par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* [5] –, il y a un risque. Ce risque est qu'il se transforme en une "étiquette" qui objectifie, qui se fixe sur le sujet, jusqu'à devenir stigmatisante – et parfois même, ultime mutilation, son identité [2,6,7].

■ **Or, le diagnostic est de plus en plus réifié et posé isolément.** Cela s'explique par une psychiatrie en manque de moyens, influencée par un courant neurobiologique et néolibéral [8], qui s'inscrit dans un contexte plus large de « crise dans le récit » [9]. Le philosophe Byung-Chul Han souligne ainsi combien l'expérience humaine tend de nos jours à être fragmentée en données mesurables, au détriment de toute mise en récit cohérente : désormais, la réalité est informatisée, "dataïsée" et la saturation exponentielle en informations est couplée à une "dénarratisation" [9]. Ce glissement

sociétal affecte la psychiatrie et sa manière de faire diagnostic.

■ **Dans ce contexte, il est nécessaire de repenser le diagnostic en psychiatrie**, non pas uniquement comme acte de nomination ou de catégorisation, mais aussi comme événement significatif dans la vie du sujet. En mobilisant la métaphore de l'aphérèse et de l'apocope, cet article entreprend de réinscrire le diagnostic dans une logique narrative.

## LE DIAGNOSTIC COMME INTERFACE ENTRE LE MÉDECIN, LE MALADE, LA MALADIE ET LA MÉDECINE

La figure du quaternaire clinique – médecin, malade, maladie, médecine – que nous proposons (*figure 1*) permet de situer le diagnostic comme le point nodal qui relie ces quatre pôles.

■ **Cette figure comporte un axe vertical, qui représente un rapport de pouvoir** (du médecin sur le malade) et un

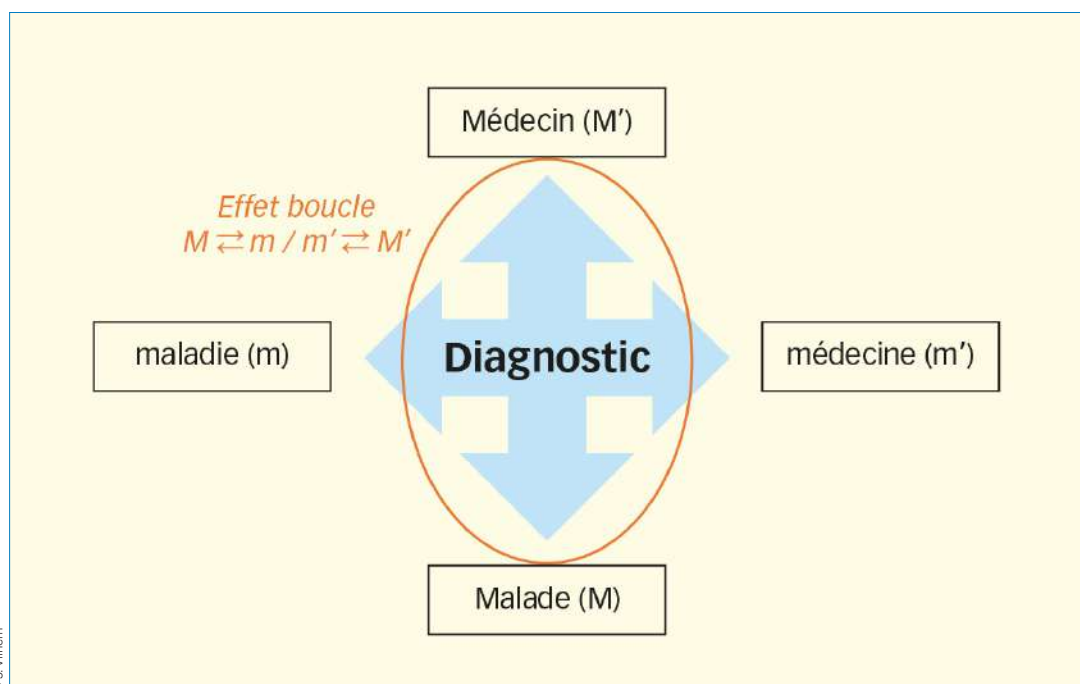


Figure 1. Diagnostic et effet boucle en lien avec le quaternaire médecin – malade – maladie – médecine.

axe horizontal, qui illustre une séquence temporelle (de la maladie vers la quête d'une solution médicale). Le malade (M), tout d'abord, se situe en bas de la figure car il reste, inéluctablement, dans une position infériorisée. En psychiatrie, cette position d'infériorité s'aggrave d'autant plus que la dysfonction dont est affecté le patient est préjudiciable [10]. Le médecin (M'), en haut, représente le sachant, souvent en position d'idéal du moi pour le patient qui consulte. Sa parole en est d'autant plus marquante. La maladie (m) est le "problème" pour lequel l'individu a entamé un itinéraire thérapeutique à la rencontre du médecin. Il s'agit d'un mystère auquel la personne – pour peu que le trouble soit égodystonique – cherche une cause et des solutions. Enfin, la médecine (m'), dans le sens de remède, est ce qui vient agir sur la maladie (ses causes ou ses conséquences), pour alléger la souffrance du malade – en psychiatrie : intervention pharmacologique, psychologique, institutionnelle, etc.

**■ Le processus diagnostique fonctionne comme une interface médiatrice**, un point de passage obligé entre ces quatre dimensions :

(i) traduisant la plainte (m) du malade (M) en entité clinique et la rendant intelligible pour le médecin (M → M') ;  
 (ii) médecin, nommant au malade en retour, par ce diagnostic, la maladie (M' → M) ;  
 (iii) justifiant le recours à la médecine appropriée (m → m'). Le diagnostic relie le tout : l'expérience intime et subjective d'une souffrance du malade est désormais liée à un savoir scientifique codifié, à l'aune d'une évaluation médicale qui oriente vers un

possible traitement. Ce rôle central n'est pas neutre : parce qu'il relie, il oriente [11]<sup>3</sup> ; parce qu'il nomme, il transforme ; parce qu'il fait exister une catégorie, il modifie les relations entre les pôles qu'il relie. Le diagnostic n'est donc pas simplement la mise en mots de la réalité, il est aussi un acte performatif qui change la réalité par les mots.

**■ Cela n'est pas sans rappeler la pensée d'Ian Hacking**, qui distingue les *natural kinds* (espèces naturelles) – des catégories censées exister indépendamment de notre regard, comme les éléments chimiques – et les *human kinds* (espèces humaines), qui concernent des types de personnes, façonnées par des pratiques socioculturelles. Parmi ces dernières, certaines relèvent d'un fonctionnement particulier et sont qualifiées d'*interactive kinds* (espèces interactives) : elles réagissent aux discours, aux normes sociales, de telle sorte qu'elles modifient les personnes qu'elles désignent, tout en étant elles-mêmes transformées en retour [12]. C'est ce qu'il nomme le *looping effect* (effet boucle). Le diagnostic psychiatrique est un exemple paradigmatique d'*interactive kind*. Hacking insiste sur le fait que ces catégories ne sont ni purement construites ni purement découvertes, mais qu'elles font exister des types de personnes – en modifiant les comportements, les identités, les trajectoires de vie [12]. On peut se représenter sur la *figure 1* l'effet boucle par un "cercle interactionnel" qui pivoterait autour de l'axe horizontal m/m', soit  $M \rightleftharpoons m / m' \rightleftharpoons M'$ , illustrant comment les catégories diagnostiques

en psychiatrie agissent sur les personnes qui les "reçoivent", modifiant en retour la forme même des troubles.

### LA PSYCHIATRIE, UN SAVOIR À SITUER PAR RAPPORT À LA PERSONNE, DANS SON ENVIRONNEMENT

Alors que la médecine contemporaine est structurée autour d'organes – par exemple, le cœur pour la cardiologie, le cerveau pour la neurologie – ou de périodes de la vie – comme la pédiatrie ou la gériatrie –, une question émerge : à quoi correspond, au juste, la spécialité du psychiatre ?

**■ Dans une société mécaniste où le corps est perçu tout entier comme une machine**, le psychiatre<sup>4</sup> peut-il être réduit à n'être qu'un autre spécialiste du cerveau ? Contre cette tentation réductionniste de localiser les troubles psychiques dans le seul encéphale, il est possible de concevoir "l'organe" de la psychiatrie comme la personne dans son environnement [13].

**■ Cette proposition redonne toute sa place au contexte, à la relation et à la subjectivité** : l'individu au sens psychobiologique est à resituer dans son environnement socio-culturel [14]<sup>5</sup>. On peut dégager quatre conséquences majeures de cette redéfinition :

(i) il est impossible de faire l'économie d'une anthropologie de l'homme malade ;  
 (ii) l'annonce diagnostique doit prendre en compte l'histoire personnelle et la trame socio-culturelle propre à l'individu ;  
 (iii) il est possible de dégager les soins psychiatriques des deux métaphores jumelles qui ont façonné la naissance de la médecine moderne : « d'une

### NOTES

*inévitablement le patient à un point donné sur la trajectoire de ce récit inéluctable* » [11]. Ces modèles infectieux ont promu une vision mécaniste, linéaire, où chaque maladie correspond à une entité clairement délimitée, porteuse d'une cause et d'une évolution typique. Cette vision devient problématique lorsqu'elle est transposée dans le champ psychiatrique.

<sup>3</sup> Comme l'a montré l'anthropologue Tanya Luhmann, le cadre interprétatif culturel joue un rôle décisif sur l'expérience d'entendre des voix : selon qu'on nomme ces phénomènes "hallucinations" ou "voix d'esprits", selon qu'on les classe comme symptômes d'une maladie ou expressions d'une expérience spirituelle, le vécu subjectif en est profondément transformé [19].

<sup>4</sup> C'est la position de l'école systémique de Palo Alto, où le symptôme est envisagé comme une tentative de solution, une réponse adaptative à un contexte relationnel paradoxal ou figé. Il joue alors une fonction régulatrice au sein du système, qu'il convient de comprendre avant d'intervenir [21].

<sup>5</sup> Bruno Falissard nous y invite de manière résolument intégrative : « Nous devons lire, et même quand nous sommes irrités par des lectures qui proposent une conception de l'homme qui nous dérange, nous devons tout de même écouter ce point de vue dérangeant. [...] Il ne dépend que de nous de laisser s'exprimer la singularité du patient. Certains jeunes collègues ont peur de se rendre compte que les sujets en face d'eux ne se résument pas à des cerveaux ou à des sujets moyens. Mais nous avons d'autres outils qui permettent de travailler autour de la rencontre, tels que la psychanalyse ou la phénoménologie. N'ayons pas peur de les utiliser. » [23]

<sup>10</sup> C'est par exemple ce que permet l'acte de suspension des connaissances, l'époché en phénoménologie.

<sup>11</sup> Merci à M<sup>me</sup> Anya Attou pour cette élégante formule.



## RÉFÉRENCES

- [1] Ansermet F, Sorrentino MG. Malaise dans l'institution. Le soignant et son désir. 3<sup>e</sup> éd. Paris: Éditions Économica; 2013.
- [2] Vilhem S. Enveloppes et symptômes, le regard clinique mis au défi. *Inf Psychiatr* 2024;100(6):428-34.
- [3] Goffman E. Stigmate. Les usages sociaux des handicaps. Paris: Les Éditions de Minuit; 1975.
- [4] Kleinman A. Rethinking psychiatry. New York (États-Unis): Simon and Schuster; 2008.
- [5] American Psychiatric Association, et al. DSM-5-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé. 5<sup>e</sup> éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2023.
- [6] Goffman E. Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux. Paris: Les Éditions de Minuit; 1968.
- [7] Vilhem S. Le risque iatrogénique des soins institutionnels dans la prise en charge des patientes souffrant d'anorexie mentale. *Soins* 2025;70(892):59-63.
- [8] Gonon F. Neurosciences : un discours néolibéral. Psychiatrie, éducation, inégalités. Nîmes: Champ social; 2024.
- [9] Han BC. La crise dans le récit. Paris: PUF; 2025.
- [10] Wakefield JC. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol* 1992;47(3):373-88.
- [11] Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Q* 2002;80(2):237-60.
- [12] Hacking I. The social construction of what? Cambridge (États-Unis): Harvard University Press; 2000.
- [13] Banner NF. Mental disorders are not brain disorders. *J Eval Clin Pract* 2013;19(3):509-13.
- [14] Devereux G. Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris: Gallimard; 1970.
- [15] Bleakley A. Thinking with metaphors in medicine: the state of the art. New York (États-Unis): Routledge; 2017.

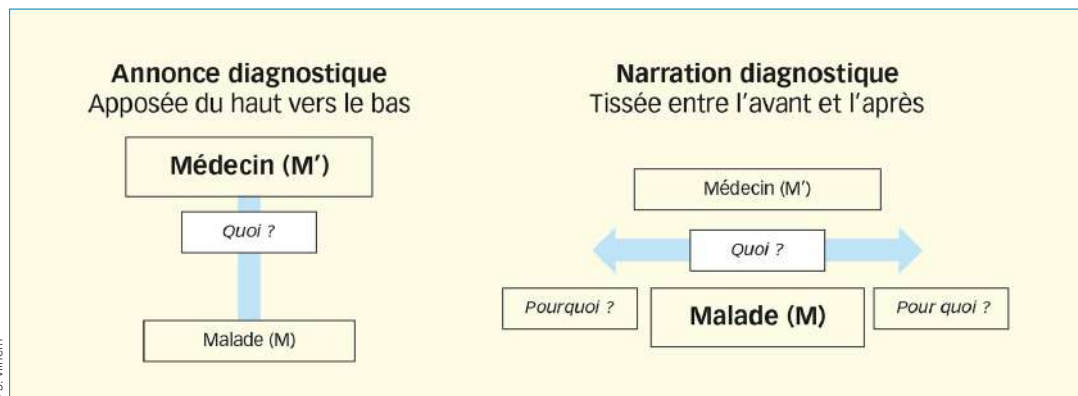


Figure 2. Les deux gestes du diagnostic : l'apposition verticale et le tissage horizontal du sens.

part, l'image du corps comme une machine, et d'autre part, la médecine comme une "guerre" contre la maladie<sup>6</sup> » [15] ;

(iv) la psychiatrie ne peut se penser que comme un savoir situé [16], c'est-à-dire ancré dans une époque, une culture, une langue, une relation singulière, ce qui implique de renoncer à l'illusion de l'objectivité parfaite... sans pour autant verser dans le relativisme absolu [17].

### LE DIAGNOSTIC, UN SIGNIFIANT UTILE POUR LES SOIGNANTS, LOURD DE SENS POUR LES PATIENTS

« Avec une facilité remarquable, les diagnostics peuvent transformer la peur du chaos en confort du connu ; le fardeau du doute en plaisir de la certitude ; la honte de blesser les autres en fierté de les aider ; et le dilemme du jugement moral en clarté de la vérité médicale. »

– Walter Reich, *Psychiatric Ethics* [18]

Si les signifiants sont comme des flots qui tracent leurs sillons sur les parois de l'inconscient, les diagnostics psychiatriques sont des signifiants particulièrement forts, lourds, chargés des représentations socioculturelles qui s'y rattachent [14,19]<sup>7</sup>.

**■ Face à un individu en souffrance, si le clinicien se focalise exclusivement sur le symptôme** et nomme un diagnostic "sans précaution", il prend le risque d'aggraver la stigmatisation et l'autostigmatisation, et possiblement, dans certains contextes, notamment institutionnels, d'induire l'identification massive au signifiant du symptôme par le patient [7]. Or, ces risques sont rarement soulevés car occultés par l'utilité du diagnostic pour le clinicien. Un exemple permettra d'illustrer ce propos. Une adolescente souffrant d'une forme d'anorexie mentale sévère est hospitalisée depuis plusieurs mois, soumise à un contrat de poids avec séparation parentale. Le jour de la visite, ses parents, bouleversés, interrogèrent la cheffe de clinique : « Pourquoi notre fille ne mange-t-elle pas ? » La réponse fut aussi laconique que désarmante : « Parce qu'elle est anorexique. » Le cercle se referme : leur fille ne mange pas parce qu'elle est anorexique, et elle est anorexique parce qu'elle ne mange pas.

**■ Ce raisonnement circulaire reflète la faiblesse d'une certaine épistémologie** de la discipline psychiatrique (que dire d'un diagnostic qui n'explique rien ?) tout en

prêtant le flanc à une remise en question de l'éthique des soins prodigués. Si ce type de raisonnement tautologique ne répond ni à la détresse des familles ni à la quête de compréhension du sujet en souffrance lui-même, il répond en revanche au besoin de réassurance du soignant et offre un apparent cadrage scientifique aux soins prodigués.

**■ Nommer un trouble selon une entité reconnue donne donc l'illusion d'un savoir maîtrisé** et permet de contenir l'anxiété médicale. Signifiant utile aux soignants, il est d'une extrême lourdeur pour le sujet en souffrance. Or, le diagnostic ne peut pas n'être utile qu'aux professionnels, il doit être également une trame de sens au service des patients et de leurs familles.

### LA MISE EN NARRATION, SOLUTION À L'APHÉRÈSE ET À L'APOCOPE DU DIAGNOSTIC EN PSYCHIATRIE

Jean Naudin nous rappelle que les objets psychiatriques ne sont ni des objets naturels « tels un caillou, une table ou une automobile, qui existent dans le monde et sont détachables, mesurables et explicables », ni des objets idéaux

« tels un symbole, une abstraction mathématique », mais plutôt des objets hybrides, des licornes conceptuelles c'est-à-dire des objets « qui peuvent être reconnus car représentés mais jamais pour autant être présentés en chair et en os comme pourront l'être au présent un cheval ou un rhinocéros » [20]. Face à cette nature hybride des objets psychiatriques, l'épistémologue Germàn E. Berrios nomme la nécessité de recourir à un modèle narratif de l'expérience psychiatrique [20].

■ Dans la figure 2, à gauche, le clinicien ne répond qu'à une seule question, au "quoi", important mais insuffisant. Son discours domine. À droite, le médecin fait le lien (dans la pratique, par petites touches) entre l'histoire de l'individu (le pourquoi), l'expérience vécue du symptôme et la fonction de ce dernier (le pour quoi) [21]<sup>8</sup>. Le discours du patient y est central. De fait, passer d'un "diagnostic qui tache" à un "diagnostic qui tisse" requiert une écoute à la fois plus sensible et plus durable de la parole du patient.

■ Quelles narrations proposer ? Certains diront que la psychanalyse constitue (avec la littérature) le dernier espace de liberté et d'hospitalité inconditionnelle [22]. Elle permet de s'extraire de la *Weltanschauung* ambiante : une psychiatrie de plus en plus prompte à se soumettre à une vision matérialiste forte des pathologies mentales. D'autres approches sont possibles – par exemple phénoménologiques [23], systémiques [21], ou encore la médecine narrative [24] –, toutes ayant en commun de ne pas réifier le diagnostic.

## CONCLUSION : UNE MISE EN NARRATION DU DIAGNOSTIC FAVORISÉE PAR LE FAIT DE "SAVOIR QUE L'ON CROIT", PLUTÔT QUE CROIRE QUE L'ON SAIT

Le diagnostic psychiatrique doit prendre en considération que l'"organe" affecté en psychiatrie est la personne dans son environnement. La figure du quaternaire clinique proposée dans ce texte permet de situer le diagnostic comme un objet hybride (construit par la réalité et construisant la réalité) qui sert de point nodal dans la rela-

**Le psychiatre doit rester fidèle  
aux racines étymologiques de  
sa profession et ne pas chercher  
exclusivement à expliquer  
la vie psychique par  
un savoir objectivant**

tion médecin-malade. L'effet boucle souligne comment les catégories diagnostiques en psychiatrie agissent sur les personnes qui les reçoivent, modifiant en retour la forme même des troubles. Ainsi, "poser" un diagnostic psychiatrique est aussi un acte performatif, et non simplement descriptif.

■ Puisque la psychiatrie porte son intérêt sur des objets hybrides, elle se doit elle-même d'être hybride, à mi-chemin entre nature et culture, science et poésie. Plus que tout autre spécialiste médical, le psychiatre est donc tenu d'avoir "deux

têtes" comme le disait si joliment Michel Serres : il lui faut « équilibrer sa tête à statistiques en amenant l'autre à entrer dans les humanités<sup>9</sup> » [25]. À la différence d'un *lógos* (λόγος) – dans le sens de discours rationnel –, le psychiatre doit rester fidèle aux racines étymologiques de sa profession ("prendre soin de l'âme") et ne pas chercher exclusivement à expliquer la vie psychique par un savoir objectivant. S'il doit croire aux licornes conceptuelles que sont les diagnostics, catégories si pratiques qui lui permettent d'orienter sa pratique, il doit surtout savoir qu'il croit. Si cela fait écho à la maxime socratique « Je ne sais qu'une chose, c'est que je ne sais rien », ce n'est en revanche ni une invitation au relativisme absolu ni à l'apragmatisme, bien au contraire. Accepter l'incertitude dans le diagnostic favorise une clinique de l'humilité [26] et ouvre la possibilité d'une vraie rencontre avec la personne en souffrance<sup>10</sup>.

■ Le savoir du psychiatre est donc un savoir qui se sait croyance. Dans le processus diagnostique, ce savoir qui se sait croyance peut être bien manié, à travers la mise en narration. Le rôle du psychiatre consiste aussi à mettre en récit la souffrance et à tisser du sens, « en se servant du diagnostic comme d'une lanterne, sans confondre sa lumière avec celle du patient<sup>11</sup> ». Car, à confondre les deux, le sujet perd alors la capacité d'être entendu dans la singularité de sa souffrance, son expérience étant rabattue sur les généralités d'une catégorie. ■

## RÉFÉRENCES

- [16] Michel S, Michaud-Trévin A. Donna Haraway. Les savoirs situés : pour une pratique scientifique partielle et relationnelle. In: Livan Y, Bidan M (dir.). Les grands auteurs aux frontières du management. Montrouge: EMS Éditions; 2022. p. 281-94.
- [17] Fassin É. Conclusion. Un savoir situé. In: Fassin É (dir.). Les Études de genre. Paris: PUF; 2025. p. 118-22.
- [18] Reich W. Psychiatric diagnosis as an ethical problem. Chapter 10. In: Bloch S, Chodoff P, Green S, editors. Psychiatric Ethics. 3<sup>e</sup> éd. Oxford (Royaume-Uni): Oxford University Press; 1999. p. 193-224.
- [19] Luhmann TM, Marrow J. Our most troubling madness. Case studies in schizophrenia across cultures. Oakland (États-Unis): University of California Press; 2016.
- [20] Berrios GE. Pour une nouvelle épistémologie de la psychiatrie. Marseille: Les Éditions de la Conquête; 2019.
- [21] [21] Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson DD. Une logique de la communication. Paris: Points; 2014.
- [22] Michaud G. Tenir au secret (Derrida, Blanchot). Paris: Galilée; 2006.
- [23] Falissard B. Le sujet statistique de l'EBM ressemble-t-il à mon patient psychiatrique ? In: Guillen A, editor. Essais d'épistémologie pour la psychiatrie de demain. Toulouse: Érès; 2017. p. 81-90.
- [24] Goupay F, Seret-Bégue D, du Puy-Montbrun T, Dzierzynski N. Former à la médecine narrative : un retour vers le futur. In: Bégue P, Zaric Z. Soins et compassion. Paris: Hermann; 2021. p. 89-99.
- [25] Serres M. L'éducation médicale vue par un philosophe. *Pédagog Med* 2006;7(3):135-41.
- [26] Gauld C, Gozé T, Fazakas I, et al. Éléments pour une cartographie de la philosophie de la psychiatrie en pratique clinique. *Ann Med Psychol (Paris)* 2025; S0003448725001611.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.