Document généré le 29 mars 2024 06:11

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

Réduction diagnostique en psychiatrie : enjeux éthiques et implications pour la clinique

Félix Carrier

Volume 3, numéro 2, 2020

Éthique et santé mentale
Ethics and Mental Health

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1073548ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1073548ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Carrier, F. (2020). Réduction diagnostique en psychiatrie : enjeux éthiques et implications pour la clinique. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *3*(2), 63–71. https://doi.org/10.7202/1073548ar

Résumé de l'article

Cet article aborde le thème de la réduction diagnostique en psychiatrie, un processus par lequel des situations forcément complexes et multifactorielles sont réduites à des conditions médicales. Ce processus présente des écueils évidents, mais aussi certaines fonctions, notamment celle de circonscrire ce sur quoi porte légitimement ou non le jugement psychiatrique. Nous discuterons parallèlement des distinctions entre souffrance narrative et pathologique, ainsi que des jugements moraux et médicaux qui peuvent leur être associés. Ceci mènera à argumenter en faveur d'une attitude pragmatique par rapport à la classification diagnostique psychiatrique, c'est-à-dire par rapport au vocable standardisé servant à catégoriser et identifier les troubles dits de santé mentale. Nous dégagerons par la suite des implications pour la pratique clinique, notamment qu'une discussion transparente de ces aspects avec certains patients peut bénéficier à la relation thérapeutique et permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux d'envisager un narratif qui n'ait pas à se limiter à une condition psychiatrique ni à se constituer par le rejet de cette dernière, mais puisse lui laisser une place légitime. Ultimement, nous souhaitons que la sensibilisation des cliniciens aux enjeux éthiques inhérents au diagnostic psychiatrique permette de limiter le caractère potentiellement péjoratif et déshumanisant de la réduction diagnostique, en leur permettant d'adopter des attitudes réflexives et transparentes sur ces questions.

Copyright © Félix Carrier, 2020

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

F Carrier. *Can J Bioeth / Rev Can Bioeth.* 2020;3(2):63-71

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

Réduction diagnostique en psychiatrie : enjeux éthiques et implications pour la clinique

Félix Carrier[1]

Résumé
Cet article aborde le thème de la réduction diagnostique en psychiatrie, un processus par lequel des situations forcément complexes et multifactorielles sont réduites à des conditions médicales. Ce processus présente des écueils évidents, mais aussi certaines fonctions, notamment celle de circonscrire ce sur quoi porte légitimement ou non le jugement psychiatrique. Nous discuterons parallèlement des distinctions entre souffrance narrative et pathologique, ainsi que des jugements moraux et médicaux qui peuvent leur être associés. Ceci mènera à argumenter en faveur d'une attitude pragmatique par rapport à la classification diagnostique psychiatrique, c'est-à-dire par rapport au vocable standardisé servant à catégoriser et identifier les troubles dits de santé mentale. Nous dégagerons par la suite des implications pour la pratique clinique, notamment qu'une discussion transparente de ces aspects avec certains patients peut bénéficier à la relation thérapeutique et permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux d'envisager un narratif qui n'ait pas à se limiter à une condition psychiatrique ni à se constituer par le rejet de cette dernière, mais puisse lui laisser une place légitime. Ultimement, nous souhaitons que la sensibilisation des cliniciens aux enjeux éthiques inhérents au diagnostic psychiatrique permette de limiter le caractère potentiellement péjoratif et déshumanisant de la réduction diagnostique, en leur permettant d'adopter des attitudes réflexives et transparentes sur ces questions.

Mots-clés
éthique, psychiatrie, réduction diagnostique, narratif, stigma

Abstract
This article addresses the theme of diagnostic reduction in psychiatry, a process by which necessarily complex and multifactorial situations are reduced to medical conditions. This process presents obvious pitfalls, but also certain functions, in particular that of circumscribing what the psychiatric judgment can legitimately or not focus upon. In parallel, I will discuss the distinctions between narrative and pathological suffering, as well as the moral and medical judgments that may be associated with them. This will lead me to argue in favour of a pragmatic attitude with regard to psychiatric diagnostic classification, i.e., with regard to the standardized term used to categorize and identify so-called mental health disorders. I will then highlight the implications for clinical practice, notably that a transparent discussion of these aspects with certain patients can benefit the therapeutic relationship and allow people with mental disorders to envisage a narrative that does not have to be limited to a psychiatric condition or be constituted by the rejection of the latter, but which can leave it a legitimate place. Ultimately, I hope that raising clinicians' awareness of the ethical issues inherent in psychiatric diagnosis will limit the potentially pejorative and dehumanizing nature of diagnostic reduction, by allowing them to adopt reflexive and transparent attitudes on these issues.

Keywords
ethics, psychiatry, diagnostic reduction, narrative, stigma

Introduction

Au Canada, comme dans la plupart des sociétés occidentales, les psychiatres sont d'abord et avant tout des médecins. Une de leur fonction est donc d'établir des diagnostics. Leur activité diagnostique consiste à déterminer s'il y a présence de problèmes médicaux dans la variété de situations susceptibles d'être évaluées en psychiatrie et de spécifier lesquels le cas échéant. Cette détermination d'un diagnostic psychiatrique, ce moment où une étiquette de trouble mental est apposée, marque typiquement le moment où une situation de souffrance ou de dysfonctionnement devient une problématique médicale pouvant ensuite faire l'objet d'une variété de soins et de services lorsque cela est opportun.

Les psychiatres se réfèrent régulièrement aux dénominations et aux critères diagnostiques proposés par la classification de l'Association américaine de psychiatrie (*American Psychiatric Association* - APA) pour catégoriser les conditions qu'ils doivent reconnaître dans leur pratique. Cette classification diagnostique représente le vocable standardisé qu'un médecin a à sa disposition pour nommer et distinguer les problèmes psychiatriques. Ce manuel est d'emblée sujet à révision et la dernière version de la classification remonte à 2013 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (en anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM-5)) (1). Elle n'a pas manqué de susciter des critiques, tant sur le fond que sur la forme. Les débats sont survenus de l'extérieur comme de l'intérieur de la profession, comme en ont témoigné plusieurs publications tout au long du processus de révision (2-5). Cela a mis en lumière des tensions quant à la validité des catégories diagnostiques en psychiatrie bien sûr, mais aussi quant à la légitimité même de la psychiatrie comme discipline pour médicaliser et classifier ce qu'elle prétend être son domaine.

Ce domaine de symptômes et de manifestations pour lesquels les psychiatres sont interpelés fait intervenir typiquement des enjeux émotionnels, des désordres comportementaux et divers types de processus de pensées où la frontière entre ce qui est normal et ce qui ne l'ait pas peut être ambigüe. Il s'agit aussi d'un domaine où les problématiques sont le plus souvent complexes et à des carrefours d'influences psychosociales qui soulèvent la question de savoir si les individus concernés sont véritablement malades ou alors si leur état reflète plutôt leurs circonstances difficiles ou leur histoire développementale par exemple. Ceci contribue peut-être à ce qu'en psychiatrie encore plus que dans d'autres domaines médicaux, le diagnostic, ce processus qui implique de réduire une situation complexe à un problème médical, paraît arbitraire, voire abusif, et a le potentiel de déclencher des polémiques.

2020 F Carrier. Creative Commons Attribution 4.0 International License
ISSN 2561-4665

Balayer ces critiques du revers de la main n'est pas à la hauteur des enjeux. L'impératif d'y répondre est éthique, selon nous, puisqu'il concerne l'engagement professionnel des psychiatres et des autres médecins qui interviennent avec les patients aux prises avec des problèmes relevant du domaine psychiatrique. Si les psychiatres sont armés seulement de la conviction de leur autorité sur ces questions plutôt que d'une réflexion éthique sur leur pratique, alors il y a des craintes légitimes à entretenir à leur endroit. Si elle n'est pas assortie d'une justification appropriée, cette conviction ne sera rien de moins qu'une idéologie aussi dogmatique que celle qui la dénonce.

L'élaboration d'une classification diagnostique procède au départ de la détermination que certaines conditions relèvent légitimement d'un regard médical. Mais la détermination qu'une attention médicale soit requise dans certaines situations n'est pas qu'une question de fait : elle procède d'un jugement qui donne une valeur aux enjeux en présence, ne serait-ce que la valeur de santé. Le jugement qu'aucun trouble émotionnel ou comportemental ne devrait relever d'une attention médicale priverait a priori la médecine de toute légitimité pour catégoriser les troubles mentaux. Nous croyons pour notre part que certaines personnes présentent des degrés de souffrance et de dysfonctionnement émotionnel, perceptuel, cognitif et comportemental qui justifient une attention médicale. Nous croyons donc que dans une variété de situations ce regard médical est légitime et la classification tout à fait justifiée. Évidemment, ce regard est parfois imposé dans des circonstances pénibles et sur un mode de coercition. Mais plusieurs personnes le recherchent aussi volontairement et en bénéficient.

Cet article aborde d'emblée la psychiatrie au même titre que toute autre discipline médicale, dont la classification doit être rigoureuse et les standards scientifiques élevés. Éthiquement, il s'en suit évidemment que la profession doit s'appuyer sur la meilleure expertise et le meilleur niveau de compétence possible si elle veut prétendre à quelque légitimité que ce soit pour classifier son domaine. Autrement cela serait une fraude et il y aurait toutes les raisons de la dénoncer. Même chose si la psychiatrie intervenait avec d'autres motifs que le bien du patient en tête ou en servant d'autres allégeances ou ses propres intérêts corporatistes : il y aurait toutes les raisons de la critiquer éthiquement. En ce sens, la psychiatrie mérite le même standard que les autres disciplines médicales.

Ceci étant réitéré, nous examinerons d'abord, suivant le thème de cet article, le concept de réduction diagnostique et les considérations relatives au stigma et à l'imposition de narratif qui lui sont associées. Nous tenterons ensuite de tirer les conséquences éthiques pratiques de sa prise en compte pour l'activité clinique, notamment celle de reconnaître et circonscrire des conditions psychiatriques auprès de vrais patients dans des situations complexes, ainsi que pour l'effort de classification qui lui est préalable.

Le stigma et les critiques quant à la légitimité de la psychiatrie

Les critiques contre la psychiatrie sont fondées parfois sur une dénonciation du stigma, autrement dit des préjugés et des biais négatifs, qui plombent la perception des troubles mentaux. Son importance justifie à elle seule une réflexion sur nos façons d'aborder les conditions dites psychiatriques : comment en effet justifier qu'une pratique bienveillante puisse perpétuer l'attribution d'étiquettes faisant l'objet de stigma? Cette stigmatisation est présente à la fois au sein de la profession médicale et dans le reste de la population. Dans une société valorisant la santé et la performance, la maladie, en général, est stigmatisée. Et les maladies qui troublent l'affectivité et les comportements, et qui déstructurent le fonctionnement relationnel et social, y sont peut-être particulièrement sujettes.

Un diagnostic psychiatrique, même légitime et opportun médicalement, n'est pas sans conséquence sur la vision de soi. Bien que cela ne soit pas souhaitable, l'identité peut se voir réduite à ce diagnostic, tant du point de vue du patient que des équipes de soins, des proches et de l'entourage : être maintenant un dépressif, un psychotique, un anxieux ou un caractériel. Fondamentalement, les patients ne sont pas plus ou moins malades du fait de s'être fait attribuer un diagnostic. Mais leur sentiment d'identité et le regard qu'ils portent sur eux-mêmes peuvent être affectés. Plusieurs termes utilisés en psychiatrie ont d'ailleurs un écho dans le langage commun, dans la littérature et les arts, dans les médias, et ce, rarement pour le mieux. L'aliénation, la folie et le danger sont des thèmes souvent véhiculés par les patients eux-mêmes par rapport à la maladie mentale.

Tous les efforts pour diminuer le clivage entre maladies physiques et mentales, entre la psychiatrie et le reste de la médecine, sont certainement louables. Mais on peut penser que ces conditions continueraient d'être largement stigmatisées quand bien même on en éluciderait tous les déterminants biologiques. Même exclues du champ de la médecine, elles ne seraient pas moins à risque d'être l'objet d'opprobre socialement. Sans s'apitoyer, on peut penser, en corolaire, que la psychiatrie comme discipline est aussi affligée du stigma qui est le lot des conditions qu'elle tente de nommer et de traiter médicalement.

Notre réflexion sur la psychiatrie resterait superficielle si elle ne faisait qu'exiger une attention constante à limiter le caractère péjoratif des étiquettes diagnostiques. Évidemment, le stigma requiert que l'attribution diagnostique se fasse avec circonspection et suivant les meilleurs standards d'évaluation. Mais sans que cela ait à être le lot de tous les praticiens, les psychiatres, comme corps professionnel, doivent aussi se saisir des enjeux davantage conceptuels qui plombent toute entreprise de classification médicale. Car au-delà du stigma, les critiques se fondent aussi, plus fondamentalement, sur une perception d'illégitimité de la psychiatrie pour médicaliser des situations qui ne seraient en fait que des problèmes normaux de la vie ou encore des difficultés psychosociales. Ce faisant, elle s'attribuerait une autorité et un pouvoir abusifs sur ces questions (6).

Cette posture exclut d'emblée toute tentative d'apologie de la psychiatrie et des diagnostics qui lui sont associés. Elle récuse le regard médical et donc psychiatrique sur ces mêmes enjeux auxquels nous référons comme au domaine psychiatrique. Elle reconnaît que les gens peuvent être tristes ou anxieux, mais pas que cela puisse être conceptualisé ou réduit à des problèmes médicaux, à moins peut-être qu'il s'agisse de situations où le trouble est clairement relié à une lésion neurologique par exemple. Cette critique a le mérite de mettre de l'avant la distinction entre une souffrance narrative, en lien par exemple pour la personne avec son histoire et sa situation personnelle, et une souffrance pathologique, qui témoignerait d'un dysfonctionnement manifeste du cerveau.

Il convient pour chaque discipline médicale de constituer la meilleure classification possible de son domaine d'intérêt. Cette classification reflètera à tout moment les imperfections de la science de son temps, ainsi que les nombreux compromis inhérents à tout projet de classification (7,8). Mais certaines critiques en ont contre le projet même de classifier des troubles mentaux, et pas seulement contre l'imperfection du processus. Les situations complexes dont s'occupe la psychiatrie la mettent certainement à risque de trop se mêler de considérations hors de ce qui peut être un champ de compétences médical légitime. Elle pourrait être tenté par exemple de s'arroger une autorité sur des enjeux familiaux ou conjugaux, sur des décisions par rapport à l'emploi ou encore sur les valeurs qui déterminent les choix de vie des gens, alors que la médecine en tant que telle n'a pas d'autorité légitime sur ces questions, et que les jugements médicaux sur ces questions sont largement des jugements moraux qui devraient être qualifiés. À vouloir ne rien laisser de côté, la psychiatrie risque des excès, même bienveillants. Elle risque de médicaliser des souffrances et des angoisses surtout morales, existentielles ou spirituelles, au-delà de ce qui convient effectivement au regard médical. Que ces critiques puissent servir de balises au projet de classification psychiatrique et lui donner une charge éthique supplémentaire est donc tout à fait recevable de notre point de vue. Mais nous ne croyons pas qu'elles invalident la démarche pour autant.

Rappelons que nous endossons a priori la légitimité de la psychiatrie comme discipline médicale, se distinguant des autres disciplines médicales seulement par son champ d'intérêt, soit le domaine psychiatrique. Sans cela, la charge éthique et l'enjeu de la légitimité dont nous faisons tant de cas seraient pour ainsi dire absents. Une divergence sur cet aspect mènerait à rejeter en bloc toute prétention à la classification légitime des syndromes psychiatriques en catégories médicales.

Au final, certains patients craignent avec raison le stigma persistant et indéniable associé aux troubles psychiatriques. Certains patients et certaines familles craignent aussi, avec raison, la signification pronostique de plusieurs diagnostics en termes d'invalidité, de récurrence, d'impact fonctionnel, de besoin de suivi et d'impact des traitements possibles. Et le patient a parfois aussi une autre version légitime de son histoire : d'avoir été une victime, d'avoir été carencé, d'avoir subi diverses infortunes, d'avoir été abandonné, et bien d'autres encore. Il est compréhensible qu'il puisse se méfier de se voir risquer d'avoir à changer sa version pour une autre davantage médicale. Il est compréhensible que le refus, le déni ou l'évitement soient parfois des réactions devant un diagnostic psychiatrique qu'un patient ne veut pas envisager. D'autres, il faut le dire, revendiqueront un diagnostic. La pression sociétale, avec les valeurs de santé et de performance, semble parfois exiger des réponses des professionnels de la santé. Comme il y a peu de situations dont on ne puisse dire quelque chose médicalement, cela exige d'exercer beaucoup de circonspection avant de déterminer qu'il y a un diagnostic valide à émettre dans des situations qui risqueraient de déborder le champ légitime de la psychiatrie.

Cerner la réduction diagnostique

Nous croyons que les manifestations relatives au domaine psychiatrique n'ont pas à être exclues du regard médical sous prétexte qu'elles pourraient parfois provenir de souffrances morales ou existentielles ou encore sous prétexte qu'elles pourraient être sujettes à différents déterminants sociaux. Une personne peut consulter dans un contexte d'épuisement professionnel et satisfaire aux critères requis pour un diagnostic médical de dépression. Dire qu'il s'agit d'un problème de normes de travail n'exclut pas qu'un diagnostic médical soit approprié. Ce qui serait inapproprié, ce serait qu'un psychiatre ignore un état dépressif sous prétexte qu'il survient dans un contexte professionnel. Cet aspect ne minimise en rien l'importance qu'il soit sensible aux circonstances entourant la détérioration de l'état de santé d'un patient et n'excuserait en rien le fait d'ignorer cet aspect important du problème une fois le diagnostic émis. Une pratique vertueuse devrait permettre de réconcilier ces aspects et non de les opposer.

La délimitation de ce qui serait essentiellement médical est certainement problématique conceptuellement. Mais une attitude pragmatique requiert de raisonner surtout en termes de ce qui peut être dit ou non médicalement d'une situation. Un diagnostic psychiatrique suggère une problématique qui peut se comprendre en termes biomédicaux. Il n'enlève rien à l'importance de l'expérience personnelle de ce dysfonctionnement ou au contexte plus large de sa survenue. Il implique seulement d'envisager que la régulation de l'humeur, de l'anxiété et des pensées siège dans un certain équilibre cérébral. Car la psychiatrie, comme discipline médicale, doit se soucier de circonscrire le type de regard qu'elle porte sur les choses. Suivant Pellegrino et Thomasma, cela implique une considération du corps vivant et vécu (9), autrement dit du substrat biologique des conditions dont elle s'occupe, même s'il ne peut parfois être que théorisé. Elle ne peut être qu'une manière de médecine s'intéressant à l'âme désincarnée. Le regard psychiatrique, même lorsqu'il s'avance sur le fonctionnement psychologique ou sur les problèmes familiaux, doit demeurer ouvert à des références aux circuits cérébraux. Cela n'implique donc pas d'exclure les autres angles de compréhension, ni même d'établir une primauté. Il s'agit seulement de bien qualifier le regard que l'on porte comme étant un regard médical, expliciter le type de compréhension dont on peut s'en attendre et reconnaître les autres

angles de compréhension pertinents et complémentaires. Éthiquement, cela en fait un enjeu d'intégrité et de transparence autant que de légitimité.

D'autres professions classifient et portent un regard d'emblée psychosocial sur ces situations pour tenter d'en dire psychologiquement et socialement ce qui peut l'être. Bien que cela ne soit pas l'objet de cet article, il faut mentionner que cet aspect fait aussi l'objet de réflexions et de débats en termes de réductionnisme scientifique (plutôt que diagnostique), à savoir si ces autres discours non médicaux pourraient éventuellement être remplacés par une théorie issue strictement des neurosciences. La psychiatrie fait parfois le pari d'être du bon côté de ce réductionnisme scientifique en valorisant le discours des neurosciences et en espérant que les neurosciences valident ses catégories diagnostiques et lui donnent une légitimité et une autorité supérieures sur ces questions. Ce pari est problématique à bien des égards (10,11).

Pour ce qui est de savoir si chaque catégorie diagnostique en psychiatrie est légitime, cela ne peut se décider a priori ou de façon générale : il faut voir pour les différents troubles mentaux si un volume de connaissances suffisant permet d'affirmer une expertise médicale quant à leur reconnaissance, leur prise en charge, leur suivi et leur traitement. Il n'y a pas de clivage abstrait qui puisse remplacer un examen scrupuleux de chaque catégorie, ce que prétend faire l'APA dans son fastidieux processus de révision. Il faut voir ensuite, en clinique, si chaque situation particulière requiert légitimement le diagnostic en question. Un diagnostic mal attribué est problématique, mais ne remet pas en question la légitimité de la catégorie comme telle. Parallèlement, un diagnostic stigmatisant, et même récusé par un patient, n'invalide ni la catégorie diagnostique ni son attribution particulière. Un patient à qui l'on diagnostiquerait un trouble d'utilisation de l'alcool, ou un trouble dépressif ou encore un trouble de personnalité, pourrait nier que cela soit le cas ou encore juger que cela ne rend pas compte de toute la complexité de sa situation ou encore que ces problèmes sont avant tout la conséquence de certains aspects de son enfance et pas des problèmes médicaux. Le travail de circonscrire les implications du ou des diagnostics psychiatriques prend alors tout son sens.

Ainsi, la reconnaissance, le respect et la divulgation des limites qui sont inhérentes au travail diagnostique constituent selon nous un enjeu éthique dépassant largement les références abstraites à la bienveillance et à l'autonomie et probablement trop rarement explicité. Cela constitue aussi une responsabilité professionnelle en ce que la profession doit assumer et fournir des réponses satisfaisantes aux enjeux éthiques relatifs à la classification et à l'attribution diagnostique en clinique.

Imposition de narratif

Suivant Pellegrino et Thomasma, le sentiment de ne plus être soi-même, d'avoir des facultés compromises, d'être étranger à soi, constitue le fait de la maladie. Cet état existentiel détérioré, la démarche de demander de l'aide et se tourner parfois vers un médecin donnent une charge éthique monumentale à la relation thérapeutique qui peut s'en suivre (12). Dans bien des cas, la maladie à elle seule prend un caractère déshumanisant. Consulter pour des problèmes émotionnels, dépressifs, anxieux, d'impulsivité ou de comportement est souvent déjà lourd de sens bien avant qu'un diagnostic ne soit émis. Le médecin qui s'avance comme étant compétent en la matière et pouvant aider fait un acte de profession qui augmente d'autant cette charge éthique (12).

Le caractère péjoratif et potentiellement déshumanisant des diagnostics psychiatriques tient notamment au risque d'imposer un narratif, c'est-à-dire imposer le sens que doivent prendre certaines émotions, comportements et perceptions (13). L'insinuation qu'une personne affligée de difficultés émotionnelles soit malade pourrait se faire par exemple au détriment du narratif à l'effet qu'elle soit victime de divers problèmes de société. L'extension de ces critiques est que la psychiatrie pourrait, en proposant son regard médical, tendre à imposer ce qu'il faut penser et faire de ces situations : prendre des médicaments versus tendre à une société plus égalitaire par exemple.

Cet amalgame mérite d'être analysé, car autant il nous apparaît fallacieux, autant il aide à comprendre pourquoi l'espoir de mieux ancrer les diagnostics dans la biologie et la circuiterie cérébrale tend à exacerber les tensions et les craintes que le regard psychiatrique prenne plus de pouvoir sur un ensemble de situations. Plutôt que de s'en défendre, il nous semble qu'il faille plutôt assumer cette critique et en comprendre le mérite. Elle fait intervenir des considérations dont la portée concerne l'ensemble de la médecine, qui est tous les jours à risque d'attribuer un diagnostic qui détermine un certain narratif et implique certaines actions, souvent sans circonscrire le champ de son autorité et de sa compétence. Cela ne laisse souvent au patient que le choix d'endosser ou de récuser ce point de vue et donc de se définir en réaction à ce dernier. Le phénomène de réduction diagnostique à l'origine de ce risque d'imposition de narratif doit pourtant être compris, nous croyons, non comme un manquement, ni même comme un inconvénient, mais comme un aspect inévitable de la classification et de l'attribution diagnostiques à la grandeur de la médecine. Le caractère réducteur d'un diagnostic médical ne dépend donc pas de l'attitude du psychiatre : il est inhérent à l'acte diagnostique. L'enjeu éthique, et pour la relation médecin-patient, c'est la reconnaissance et le souci de surpasser ce caractère réducteur, d'en diminuer l'effet péjoratif et de valoriser aussi les aspects que le diagnostic médical en soi ne met pas de l'avant. La sensibilité du psychiatre face à la réduction diagnostique peut participer à une attitude qui évite de déshumaniser les patients, qui permet d'éliciter chez lui une compréhension nuancée des enjeux en présence et qui permet de tendre vers un narratif partagé avec lui en vue d'envisager des options sensées tant pour lui que pour le psychiatre impliqué.

Il devient donc impératif de pouvoir proposer une discussion franche des implications d'un éventuel diagnostic et le circonscrire, en vue de l'intégrer harmonieusement au narratif du patient quand cela est opportun, plutôt que de l'imposer. Car il y a un préjudice bien réel qui peut opérer quand une personne s'identifie entièrement au diagnostic médical, psychiatrique ou non. Il y a une différence énorme entre avoir par exemple un problème pulmonaire et être un « emphysémateux », entre manifester des difficultés qui satisfont aux critères du trouble de personnalité limite et être un « borderline » ou encore entre avoir présenté dans sa vie des épisodes dépressifs et maniaques et être un « bipolaire ».

Il serait farfelu qu'un cardiologue cesse d'émettre des diagnostics sous prétexte que cela serait stigmatisant pour les gens d'être identifiés à des « cardiaques ». Mais en catégorisant un patient comme « cardiaque », en le réduisant à un aspect médical de sa situation, l'autorité médicale pourrait tendre à se substituer à la complexité des jugements quant à ce qu'il convient de faire ou non dans les circonstances. Renoncer à classifier les troubles mentaux sous prétexte à la fois que cela serait réducteur, que cela alimenterait un certain stigma ou risquerait d'imposer un certain narratif passe donc à côté du problème. Il faut plutôt arriver à justifier l'activité diagnostique lorsqu'elle est légitime, en minimisant le stigma associé et en gérant adéquatement la réduction inhérente à l'activité diagnostique et le risque d'imposition de narratif qui lui est associé.

Une approche pragmatique plutôt que le pari d'une meilleure définition

Les prétentions à l'objectivité ou la proposition de définitions et de critères différents n'abordent pas non plus le malaise suscité par le fait de catégoriser et ultimement de réduire certaines conditions à des maladies et, à plus forte raison, à des maladies mentales. Ces tentatives exacerbent même un désaccord fondamental qui ne se résoudra pas par une meilleure définition de la maladie ou d'un trouble mental. Ces changements sont perçus comme cosmétiques par ceux qui dénoncent le projet même de classifier les troubles mentaux et comme des contorsions qui masquent un problème qui est largement ailleurs que dans le choix des termes et des étiquettes.

La définition de la maladie, et de la maladie mentale ou psychiatrique dans ce cas-ci, est un enjeu qui a des ramifications philosophiques bien au-delà de ce qui convient habituellement au psychiatre de maîtriser (14). Cela ne veut pas dire que les discussions et le travail conceptuel autour de la définition de la pathologie psychiatrique soient sans intérêt, bien au contraire. Nos pratiques sont teintées par notre conceptualisation implicite ou explicite de ce que l'on fait. Le langage et les concepts orientent notre lecture du monde et des phénomènes.

Une approche pragmatique de la médicalisation assume qu'il est possible d'endosser simultanément plusieurs formes, angles ou niveaux de compréhension. Sur ce qu'une condition serait mieux comprise à un niveau neurologique, génétique, métabolique ou autre, ou selon que l'on devrait s'arrêter à une cause davantage proximale ou distale, il y a plusieurs façons pour une même condition d'être médicalisée. Le diagnostic ouvre sur un certain type de compréhension, d'attribution de causalité, de décision sur ce qui est le plus important, ou prépondérant. Ce type d'attitude devant la classification et l'attribution diagnostique permet des échanges plus fructueux à l'intérieur du champ de la médecine. Ce même genre de dialogue devrait aussi être favorisé à l'intersection du champ de la médecine avec d'autres disciplines favorisant d'autres angles d'analyses ou façons de connaître, autrement dit avec d'autres épistémologies, d'où sont issues plusieurs des critiques dont nous traitons dans ce texte.

Nous devons le plus souvent choisir un angle de compréhension pour connaître les phénomènes. Parfois, un point de vue sera si éclairant que l'on croira avoir compris à la fois comment connaître cette chose et ce qu'elle était essentiellement. On peut tout fait critiquer la primauté ou l'exclusivité du regard psychiatrique sur un ensemble de situations sans remettre fondamentalement en question sa légitimité. La question est alors moins chargée et revient à se demander si ces situations dont on fait des conditions psychiatriques seraient mieux comprises, par exemple, comme des problématiques sociétales, économiques ou politiques. Il est permis de croire en fait que ces différents angles de compréhension à l'intérieur et à l'extérieur du champ de la médecine s'enrichissent mutuellement.

En clinique, que certains désordres émotionnels ou comportementaux soient pathologiques et puissent être reconnus et traités comme tels va de soi. Dire le contraire reviendrait parfois littéralement à nier l'évidence. Que ces mêmes situations puissent être comprises autrement que médicalement ne devrait pas être choquant : il ne faudrait pas confondre un enjeu philosophique intéressant, surtout dans la mesure où on s'y intéresse, et les considérations pragmatiques qui guident le plus souvent la classification et la pratique médicales (15). Tout diagnostic réduit une situation à ses aspects biomédicaux alors que l'on pourrait souvent réduire cette même situation à ses aspects sociétaux, familiaux, économiques, politiques, biologiques, psychologiques, peu importe. Mais la médecine n'a pas pour but de poser des diagnostics sociétaux, de conclure qu'une condition illustre bien la lutte des classes ou de spéculer sur le mérite de la théorie du genre.

Suivant Pellegrino, la rencontre médicale vise à répondre à trois questions principales : « qu'est-ce qui se passe, qu'est-ce qui peut être fait, qu'est-ce qui devrait être fait? » (16). Devant une situation complexe, comme cela est souvent le cas en psychiatrie, la réponse devrait être conditionnelle et pourrait prendre la forme : « si on tente de comprendre médicalement ce qui se passe, alors voici ce qui peut être dit… » Et ensuite, il pourrait convenir de divulguer la réduction diagnostique : « d'un point de vue médical, votre état peut se comprendre à travers tel diagnostic. Ce diagnostic ne dit pas tout de vous et il ne détermine pas non plus tout ce qui doit être fait ou non. Ce diagnostic n'implique pas que l'angle médical soit le seul ni le meilleur angle pour comprendre la situation ».

Philosophiquement, si on a une tournure d'esprit pragmatique, on pourrait aller jusqu'à dire qu'un diagnostic médical ou psychiatrique n'implique pas que la condition soit essentiellement un trouble médical ou psychiatrique (14). Ce qui importe le plus est ce qui a le meilleur pouvoir explicatif et ce qui permet d'intervenir le plus efficacement. Ces considérations préparent le terrain, moins pour convaincre qu'une ou des personnes sont malades que pour savoir discuter dans quel sens elles pourraient l'être et ce que cela pourrait impliquer. Cette approche permet d'espérer que l'on puisse inscrire un éventuel diagnostic dans un narratif plus large qui circonscrit le regard médical. C'est une attitude qui renonce à une référence abstraite à la réalité ou la vérité sur les choses (14). Ces propositions devraient paraître simples et intuitives pour plusieurs lecteurs. C'est ce que plusieurs psychiatres font sans doute implicitement. Mais d'autres ne sont pas à l'abri d'attitudes intransigeantes qui absolutisent les diagnostics, dénigrent les autres points de vue et tombent dans des contradictions qui risquent d'ajouter au stigma sans permettre d'intégrer le diagnostic dans un narratif complexe.

Cette attitude pragmatique n'est pas étrangère à la pratique de la formulation bio-psycho-sociale en psychiatrie, qui peut participer effectivement selon nous à cultiver une pratique pragmatique vis-à-vis du diagnostic psychiatrique en laissant une place à plusieurs angles de compréhension (14). Mais la pratique de la formulation bio-psycho-sociale, si elle n'est pas balisée par un regard critique, peut participer à médicaliser à outrance les aspects psychosociaux ou laisser présumer une autorité exagérée du regard psychiatrique sur des enjeux ne relevant pas légitimement de son expertise. Même si l'on remplaçait l'approche diagnostique proposée par la classification officielle par une pratique exclusive de la formulation bio-psycho-sociale, l'importance de délimiter et circonscrire dans cette formulation ce qui relève ou non du regard médical demeurerait un enjeu éthique entier. La formulation bio-psycho-sociale en soi ne permet donc en aucun cas l'économie et ne remplace certainement pas une pratique critique et réflexive vis-à-vis l'activité diagnostique, car elle risquerait autrement de laisser planer un doute sur le caractère médical ou non du regard multifactoriel qui est posé sur une situation donnée et laisserait la psychiatrie dans une position ambigüe quant à son appartenance à la médecine, ce que défend cet article.

Au final, nous mettons de l'avant une invitation à une attitude humble face au diagnostic psychiatrique qui prétend moins toucher l'essence des choses qu'à assumer le choix de comprendre certains phénomènes sous un angle médical lorsque cela semble plus cohérent et efficace de faire ainsi. Cela ne convaincra pas les tenants de l'antipsychiatrie de reconsidérer la critique abstraite selon laquelle aucun diagnostic psychiatrique n'est légitime et qu'il n'est qu'entreprise de domination et instrument de pouvoir. Mais concrètement, c'est au patient qu'il faut répondre, pas à l'antipsychiatrie. Et c'est auprès de lui qu'il faut d'abord arriver à justifier l'activité diagnostique, lorsqu'elle est légitime, et malgré le stigma associé. Si, comme Pellegrino, nous plaçons la relation de soins au centre de l'événement clinique (9), alors cela devient même un impératif éthique et simplement bien appliquer le standard diagnostique tombe en dessous des impératifs éthiques que la relation de soins exige.

Limites à l'autorité médicale

Les médecins ne sont pas à l'abri de confondre ce sur quoi ils ont une expertise légitime à titre de médecin et ce sur quoi ils n'en ont pas (17). Pas qu'ils ne puissent avoir un bon jugement aussi sur ce qu'est une bonne vie, sur la moralité, voire sur la famille, la société et la politique. Mais cela n'est pas leur expertise à titre de médecin, même si historiquement les médecins ont pu être des figures d'autorité et des personnes de référence au-delà de leur stricte compétence médicale.

Les psychiatres travaillent dans un domaine où plusieurs angles de compréhension peuvent revendiquer une place légitime. Comme intervenant dans le domaine psychiatrique, il est à peu près incontournable de se sensibiliser à plusieurs angles de compréhension, tels que ceux proposés par différentes théories psychologiques ou systémiques. Le psychiatre, en tant que médecin, doit toutefois assumer, nous l'avons dit, que son autorité médicale est légitime dans la mesure où elle implique un substrat organique ou, suivant Pellegrino et Thomasma encore une fois, en se référant au corps vivant et vécu (9). Sinon, il devrait se présenter comme un aidant spirituel, un coach de vie, un conseiller personnel, un sociologue ou un anthropologue; points de vue qui, par ailleurs, ont tous leur mérite et leur légitimité.

Des problèmes conjugaux, de deuil, de harcèlement, de conflit, de déception, ne sont pas des problèmes médicaux en tant que tels, si on les aborde en ce qu'ils sont justement des problèmes conjugaux, de deuil et ainsi de suite. Mais on peut choisir de les connaître à travers un regard médical, à partir d'une évaluation du fonctionnement émotionnel, cognitif ou comportemental de la personne qui les subit. À ce moment, un diagnostic médical pourrait être opportun ou non, mais le cas échéant, il ne serait pas d'emblée abusif ou illégitime. On peut certainement être endeuillé au point d'en faire une maladie. Bien entendu, une intervention médicale devrait se faire avec beaucoup de circonspection et de qualifications dans un tel contexte. Ce serait justement une situation où l'explicitation du diagnostic et sa circonscription seraient éthiquement incontournables. Inversement, il pourrait arriver qu'un problème puisse être compris médicalement, mais que la meilleure intervention soit dans le registre psychosocial. Par exemple qu'une dépression ne puisse se résoudre de façon satisfaisante sans un changement conjugal, ou qu'une psychose ou une anorexie ne puisse se stabiliser sans des interventions familiales.

Il n'y a aucune de ces situations qui ne puisse se résoudre par une divulgation et une discussion appropriée des enjeux diagnostiques dont nous faisons état dans cet article. Il s'agit d'indiquer humblement ce qui, d'un point de vue médical, peut être dit d'une situation et à dégager ce qui, dans les déterminants de la condition, relève ou non d'une autorité médicale. Ensuite, il s'agit de voir quelles recommandations un psychiatre peut faire sans outrepasser son rôle médical. Il n'y a pas de

réponse simple. Une divulgation adéquate de ces aspects est certainement de nature à aider les patients à faire une place légitime au point de vue médical dans leur narratif sans qu'il soit déshumanisant. Ils pourront ensuite considérer leurs options pour ce qu'elles sont devant des symptômes relevant du domaine psychiatrique : arrêter ou non de consommer de l'alcool, changer d'emploi, prendre des médicaments ou faire une démarche psychothérapeutique.

Cela ne changera pas le fait que le diagnostic vient affirmer un certain angle de compréhension plutôt qu'un autre. Ni que le diagnostic vient proposer un narratif médical qui assume plus ou moins explicitement un problème de circuits neuronaux sur lesquels on voudrait éventuellement agir, que ce soit par des interventions pharmacologiques ou psychothérapeutiques ou par des changements dans les circonstances ou les habitudes de vie. Cela n'invalidera pas d'autres angles de compréhension possibles : sociétal, économique ou autres, certains offrant peut-être même aucun levier ou piste d'intervention conséquente pour aider les personnes concernées.

Plus les troubles entrainent des conséquences marquées et des désorganisations sévères, plus on endosse facilement la légitimité de leur médicalisation et de l'autorité médicale (p. ex. maladies psychotiques sévères). Mais les enjeux restent les mêmes pour les situations plus ambigües (p. ex. dépressions légères ou réactionnelles, troubles de personnalités, problèmes anxieux ou de dépendance), celle dont nous pourrions dire qu'elles ont un statut onto-épistémique davantage problématique.

Implications pratiques

Alors quelles pourraient être les conséquences pratiques de ces considérations? Il y en a certainement à la fois sur le fond et sur la forme. Sur le fond, on pourrait être tenté de moins voir les catégories de troubles mentaux comme des divisions absolues et essentielles qui renverraient à la structure du monde (7). Cela revient à changer notre façon de penser ce que l'on fait et à changer notre façon de connaître ces situations où nous sommes amenés à évaluer, diagnostiquer et intervenir. Autant cela peut-il être difficile à envisager, autant c'est une habitude qui peut se cultiver, surtout si un choix est fait tôt dans l'éducation médicale d'apprendre à traiter des diagnostics médicaux de cette façon. Cela n'implique en fait aucun changement ou sacrifice par rapport aux classifications actuelles.

Sur la forme, cela pourrait changer notre façon d'aborder le diagnostic avec les patients et inviter à une plus grande prudence et à davantage d'humilité dans la détermination des diagnostics. Cela pourrait certainement conduire à être davantage pragmatique dans l'utilisation des diagnostics pour être en mesure de parler adéquatement aux patients qui consultent dans des contextes où le regard médical doit être circonscrit, par exemple quand on verrait le risque qu'un patient soit blessé dans son narratif ou lorsqu'un désaccord semblerait s'instaurer entre différents angles de compréhension ou d'analyse.

Cette discussion est technique à bien des égards et il ne convient pas de faire systématiquement l'apologie de nos diagnostics aux patients. Cette apologie devrait toutefois exister et pouvoir être produite au besoin. Il s'agit ultimement d'être en mesure de rendre compte de ce que l'on fait et de démontrer que l'on fait un usage consciencieux et rigoureux des étiquettes diagnostiques. Comme bien des questions philosophiques, cela est intéressant surtout dans la mesure où on s'y intéresse et cela n'intéresse certainement pas tous les patients. Certains patients sont concernés par ces enjeux dans la mesure où ils se posent des questions à savoir s'ils sont réellement malades ou non ou encore sur leur part intrinsèque de responsabilité versus celle de leur situation personnelle par rapport à leur état. Certains patients, au contraire, sont très au clair avec le fait qu'ils veulent médicaliser leur situation. Le défi dans ce cas revient parfois surtout à les convaincre qu'aucun diagnostic ne s'applique ou qu'au-delà de l'étiquette diagnostique, aucune intervention proprement médicale ne résoudra mieux leurs difficultés que des interventions psychosociales ou sur leurs habitudes de vie, aspects sur lesquels le psychiatre peut humblement agir comme conseiller ou exercer son jugement en partenariat et avec l'accord du patient.

En pratique, on doit chercher à prévenir que l'attribution d'un diagnostic soit un geste déshumanisant, ou vécu comme tel, en espérant que les personnes concernées n'aient plus à se définir en réaction à ce diagnostic, que ce soit en s'y identifiant entièrement ou en le refusant. Une discussion qui permet de faire une place appropriée à un diagnostic et à des interventions peut amener des bénéfices majeurs à des patients. Si une personne développe une dépression mélancolique, une manie, un trouble panique ou une conversion suite à un deuil, cela ne prendra ni un psychiatre ni un diagnostic psychiatrique pour que cette personne soit considérée malade, du seul fait du sens commun et du constat que son état est gravement perturbé. Un diagnostic formel ne rendra pas la personne plus ou moins malade. Mais la crainte du stigma et de l'imposition d'un narratif médical pourrait alimenter le refus ou l'évitement d'une évaluation et d'interventions cruciales. Présenter cette discussion moins comme une tentative de convaincre un patient qu'il est malade, et plutôt comme une ouverture à voir dans quel sens sa situation peut être médicalisée et quelles interventions cela permettrait d'envisager pourrait permettre un dialogue avec des patients qui se seraient autrement braqués.

Conclusion

La durée du débat et du clivage entre la psychiatrie et l'antipsychiatrie devrait nous faire envisager sa stérilité dans sa forme actuelle. L'articulation de la pratique clinique sur une philosophie et une conceptualisation définitive et unanime de la santé et de la maladie mentale demeure problématique. Cet article n'avait aucunement la prétention de régler ces débats dans leur forme actuelle. Il tentait de formuler les enjeux d'une façon qui permette de diminuer certains clivages plutôt que de les exacerber en mettant l'accent sur l'articulation d'une posture pragmatique qui est la plus à même selon nous de permettre une

attitude humanisant l'attribution de diagnostics psychiatriques et évitant d'exacerber son caractère péjoratif et stigmatisant. Des études davantage qualitatives pourraient permettre de mieux documenter les biais et attitudes des médecins psychiatres face à l'activité diagnostique et la reconnaissance et la gestion de son caractère réducteur, ainsi que leur niveau de prise de conscience quant à ces questions, avec des statistiques et des stratifications selon les types de pratiques, voire même chez les patients impliqués et les autres professionnels ayant à articuler leur expertise avec des prises en charge psychiatriques. Ceci donnerait une perspective que la démarche davantage philosophique ne peut produire.

Les moyens de connaître, d'étudier et d'intervenir sont croissants. Ils font que la frontière absolue entre santé et maladie ne deviendra pas moins problématique dans l'avenir prévisible. L'appel à davantage de marqueurs biologiques n'est pas une réponse à ce souci éthique. Cela accroitra la précision d'interventions techniques, cela augmentera le pouvoir d'agir de façon ciblée, mais cela ne sera jamais un argument convaincant pour remplacer une réflexion de fond sur la nature de ces situations et de ces conditions que l'on étudie, et à savoir si elles devaient être connues d'une façon plus que d'une autre. Cela apportera une information précieuse d'une part, mais stérile pour faire avancer la réflexion sur le fond (18,19).

Idéalement, les constats proposés dans cet article pourraient permettre une meilleure sensibilité aux aspects éthiques inhérents à l'activité diagnostique dans la pratique psychiatrique, et ce, en contribuant à développer une attitude reconnaissant le caractère inéluctable de la réduction diagnostique et de ses écueils, notamment le risque d'imposition de narratif. Au final, il s'agit surtout de favoriser une attitude réflexive renouvelée sur ces questions, étant donné les immenses bienfaits que le regard médical peut permettre dans une variété de situations et les préjudices énormes que cette médicalisation peut amener aussi.

Conflits d'intérêts
Aucun à déclarer

Responsabilités des évaluateurs externes
Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Conflicts of Interest
None to declare

Peer-reviewer responsibilities
Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

Édition/Editors: Caroline Favron-Godbout & Aliya Affdal
Évaluation/Peer-Review : Jean-Michel Thurin & David Bloom

Affiliations
[1] Département de psychiatrie et de neurosciences, Université Laval, Laval, Québec, Canada

Correspondance / Correspondence : Félix Carrier, felix.carrier.1@ulaval.ca

Reçu/Received : 12 Mar 2019 **Publié/Published:** 30 Oct 2020

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Références

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association. 2013.
2. Phillips J, Frances A, Cerullo MA, Chardavoyne J, Decker HS, First MB et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 1: conceptual and definitional issues in psychiatric diagnosis. Philos Ethics Humanit Med. 2012;7:3.
3. Phillips J, Frances A, Cerullo MA et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 2: issues of conservatism and pragmatism in psychiatric diagnosis. Philos Ethics Humanit Med. 2012;7:8.
4. Phillips J, Frances A, Cerullo MA et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 3: issues of utility and alternative approaches in psychiatric diagnosis. Philos Ethics Humanit Med. 2012;7:9.
5. Phillips J, Frances A, Cerullo MA et al. The six most essential questions in psychiatric diagnosis: a pluralogue part 4: general conclusion. Philos Ethics Humanit Med. 2012;7:4.
6. Szasz T. The Myth Of Mental Illness: Foundations Of A Theory Of Personal Conduct. Harper and Row. 1974.
7. Zachar P. Psychiatric disorders: natural kinds made by the world or practical kinds made by us?. World Psychiatry. 2015;14(3):288-290.
8. Zachar P, Kendler K. The removal of Pluto from the class of the planets and homosexuality from the class of psychiatric disorders: a comparison. Philos Ethics Humanit Med. 2012;7:4.

9. Pellegrino E, Thomasma D. A Philosophical Basis of Medical Practice. Oxford. Oxford University Press. 1981.
10. Paris J. Psychiatry and neurosciences. Can J Psychiatry. 2009;54(8): 513-517.
11. Gold I. Reduction in psychiatry. Can J Psychiatry. 2009;54(8):506-12.
12. Pellegrino E. The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. J Med Philos. 2001;26(6):559-579.
13. Radden J. Recognition rights, mental health consumers and reconstructive cultural semantics. Philos Ethics Humanit Med. 2012;7:6.
14. Zachar P. A Metaphysics Of Psychopathology. Cambridge. The MIT Press. 2014.
15. Hesslow G. Do we need a concept of disease? Theor Med. 1993;14:1-14.
16. Sulmasy D. Edmund Pellegrino's philosophy and ethics of medicine: an overview. Kennedy Inst Ethics J. 2014;24(2):105-112.
17. Sulmasy D. Futility and the varieties of medical judgement. Theor Med. 1997;18:63-78.
18. Schwartz P. Decision and discovery in defining "disease". In Kinkaid H and McKitrick J, eds. Establishing Medical Reality. Amsterdam. Springer. 2007. 47-63
19. Machamer P, Darden L, Craver C. Thinking about mechanisms. Philos Sci. 2000;67(1):1-25.