

Christophe Gauld

CLASSER LA FOLIE

Une philosophie de la psychiatrie
pour le soin

Classer la folie

Ouvrage publié avec le soutien des Hospices Civils de Lyon.

www.edition-hermann.fr

ISBN : 979 | 0370 4851 6

© 2026, Hermann Éditeurs, 6 rue Labrouste, 75015 Paris

Toute reproduction ou représentation de cet ouvrage, intégrale ou partielle, serait illicite sans l'autorisation de l'éditeur et constituerait une contrefaçon. Les cas strictement limités à l'usage privé ou de citation sont régis par la loi du 11 mars 1957.

CHRISTOPHE GAULD

CLASSER LA FOLIE

Une philosophie de la psychiatrie
pour le soin

Préface de Bruno Falissard

PRÉFACE

par Bruno Falissard

Le vocabulaire de la psychiatrie circule aujourd'hui bien au-delà du cabinet du clinicien. « Schizophrénie », « autisme », « dépression » sont devenus des termes familiers du langage courant. Ils sont mobilisés par les journalistes, repris sur les réseaux sociaux, discutés dans les familles, parfois revendiqués par les patients eux-mêmes pour nommer leur expérience. Pourtant, ces mots n'ont pas le même sens selon qui les emploie et, même chez les psychiatres, ils ne font pas consensus. Les diagnostics évoluent avec le temps. La schizophrénie de Kraepelin n'est pas exactement celle du DSM-5 ; l'autisme de Kanner n'est plus celui du spectre autistique contemporain ; la dépression elle-même a vu ses frontières se déplacer au fil des décennies. Autrement dit, les catégories psychiatriques ne sont pas des entités naturelles découvertes une fois pour toutes : elles sont des constructions historiques, sociales, conceptuelles et cliniques qui se transforment à mesure qu'évoluent les connaissances, les pratiques et les attentes sociales.

Face à cette instabilité apparente, on pourrait être tenté de penser que la médecine somatique, elle, repose sur des catégories plus solides, plus « carrées ». Les maladies du corps semblent mieux définies que celles de l'esprit, car elles s'appuient sur des lésions visibles, des mécanismes biologiques identifiables, des examens complémentaires permettant de trancher les diagnostics. Pourtant, cette impression de solidité n'est qu'en partie vraie.

Prenons l'exemple du cancer. Pendant longtemps, les cancers ont été définis par leur organe d'origine : cancer du sein, du rein, du poumon. Mais aujourd'hui, certains oncologues défendent l'idée que le cancer doit être pensé avant tout comme une maladie biologique plutôt que comme une maladie d'organe. Si une tumeur du sein et une tumeur du rein partagent la même mutation génétique, par exemple une altération des gènes HER2 ou KRAS, elles pourraient relever du même traitement ciblé. Dans cette perspective, il deviendrait plus pertinent de parler de « cancer HER2 » ou de « cancer KRAS » que de cancer du sein ou du rein, la localisation tumorale n'étant plus pertinente pour la thérapeutique.

Certes, la médecine somatique possède un avantage important : elle dispose souvent d'examens complémentaires qui permettent d'ancrer le diagnostic dans des marqueurs objectifs. Ces examens donnent au diagnostic une apparence de solidité qui manque encore à la psychiatrie. En santé mentale, les diagnostics reposent principalement sur l'observation clinique et sur le récit du patient. Les biomarqueurs fiables font encore largement défaut.

C'est pourquoi les diagnostics psychiatriques sont, plus que les diagnostics somatiques, l'objet de discussions, de controverses et parfois de polémiques. Derrière ces débats se jouent même des enjeux de pouvoir intellectuel et institutionnel, car il s'agit de savoir quelle conception de l'être humain doit prévaloir. L'histoire de la psychiatrie en fournit des exemples d'une actualité encore brûlante. Les décennies 1960-1980 ont été largement dominées par l'approche psychanalytique. À partir des années 1980, la publication du DSM-III a marqué l'essor d'une psychiatrie plus descriptive et statistique. Aujourd'hui, la montée en puissance des neurosciences et des troubles du neurodéveloppement témoigne d'un tournant plus biologique.

Chaque période a tenté d'imposer ses catégories, ses modèles explicatifs et sa manière de découper la réalité

clinique. Mais aucune n'a réussi à clore définitivement le débat. Cette instabilité n'est peut-être pas le signe d'une faiblesse de la discipline. Elle reflète aussi la complexité du phénomène étudié : la souffrance psychique humaine.

C'est précisément dans ce contexte que s'inscrit l'ouvrage de Christophe Gauld, *Classer la folie? Une philosophie de la psychiatrie pour le soin*. Dans la lignée de Georges Canguilhem, l'auteur propose de repenser la question du classement des troubles psychiatriques à partir d'un concept central : celui de symptôme, c'est-à-dire de l'expérience vécue par le patient.

Classiquement, le symptôme est en effet défini comme une « manifestation pathologique perçue par le malade ». Cette définition simple recouvre en réalité une richesse considérable. Le symptôme constitue l'expression de la plainte du patient, de la manière dont il donne forme à son expérience de la souffrance. Mais il est aussi un objet de travail pour le clinicien, qui tente d'en comprendre la signification et la structure.

De quoi une plainte est-elle l'expression ? D'un mécanisme biologique ? D'une expérience existentielle ? D'un conflit psychique ? D'une situation sociale ? Le symptôme est à la fois tout cela et davantage encore. Au fil du temps, les médecins ont appris à écouter les patients et à extraire de leurs récits certains éléments saillants qui reviennent de manière régulière. Ce travail d'écoute et de sélection constitue ce que l'on appelle la sémiologie. À partir d'un récit singulier, le clinicien identifie des formes récurrentes, des motifs symptomatiques qui permettent d'organiser la pensée clinique.

Une fois identifiés, ces éléments sémiologiques peuvent être organisés en systèmes. Mais ces systèmes ne reposent pas tous sur les mêmes principes. Certains reposent sur des hypothèses physiologiques ; d'autres privilégient les trajectoires évolutives des troubles ; d'autres encore se fondent sur l'association statistique de différents symptômes. De là

découle l'existence de multiples nosographies possibles. Une classification psychiatrique n'est jamais la simple découverte d'un ordre naturel préexistant. Elle est toujours le résultat d'un choix théorique et pratique parmi plusieurs manières possibles d'organiser les symptômes.

Cette diversité pose une question fondamentale : comment faire de la science avec des constructions aussi complexes et mouvantes ? En simplifiant à l'extrême, face à la complexité, deux grandes voies s'offrent à l'esprit humain. La première est celle de la littérature : elle explore la richesse des expériences singulières, la pluralité des récits et des significations. La seconde est celle des mathématiques : elle cherche à modéliser les phénomènes en identifiant les structures qui les organisent.

Christophe Gauld choisit résolument la seconde voie. Il explore ainsi plusieurs tentatives de mathématisation de ce qu'il nomme une « science des symptômes ». La première repose sur la théorie des systèmes dynamiques, qui permet de penser les troubles psychiatriques comme des trajectoires évolutives au sein de systèmes complexes. La deuxième s'appuie sur l'analyse statistique des réseaux de symptômes, où chaque symptôme peut influencer les autres dans une structure d'interactions. La troisième mobilise la théorie du codage prédictif développée notamment par Karl Friston, selon laquelle le cerveau fonctionne comme un système d'inférence cherchant en permanence à réduire l'écart entre ses prédictions et les informations issues du monde. Enfin, la quatrième approche explore les possibilités d'usage de l'intelligence artificielle pour analyser et organiser les données sémiologiques. Ces quatre perspectives ne prétendent pas fournir une solution définitive au problème du classement des troubles psychiatriques. Leur intérêt réside ailleurs : elles ouvrent des pistes pour penser autrement la complexité de la clinique.

L'une des grandes qualités de cet ouvrage tient à la clarté avec laquelle ces modèles, souvent difficiles d'accès,

sont présentés. Les concepts mobilisés appartiennent à des domaines scientifiques exigeants. Pourtant, Christophe Gauld parvient à les exposer avec une précision et une pédagogie remarquables. Cette capacité à naviguer entre des disciplines aussi différentes témoigne d'une maîtrise impressionnante.

Mais au-delà de la technicité des modèles présentés, ce livre se distingue surtout par l'état d'esprit et la vision qu'il propose. Il s'inscrit dans une tradition rare : celle du médecin philosophe. À l'image de Georges Canguilhem, Christophe Gauld refuse de séparer la réflexion philosophique de l'expérience clinique. Sa pensée ne flotte pas au-dessus de la pratique médicale ; elle s'en nourrit constamment. Les concepts qu'il mobilise ne sont jamais abstraits : ils restent ancrés dans la réalité concrète du soin. Cette attitude se traduit par une grande humilité devant la complexité du psychisme humain. Elle s'accompagne d'une érudition remarquable, qui mobilise aussi bien l'histoire de la psychiatrie que la philosophie des sciences, la sociologie de la médecine ou les sciences computationnelles.

Au terme de cette lecture, nous comprenons que la question « comment classer la folie ? » ne peut, à l'évidence, recevoir de réponse univoque. Les classifications sont certes nécessaires, car elles organisent la pensée clinique et facilitent la communication entre les professionnels, mais elles ne doivent jamais faire oublier que chaque patient déborde les catégories qui prétendent le définir. En cela, cet ouvrage s'inscrit pleinement dans la tradition inaugurée par Canguilhem : celle d'une réflexion exigeante sur les concepts de la médecine, menée par un clinicien attentif à la réalité du soin.

Un livre profond, humain, stimulant, incontournable pour tous ceux qui cherchent à comprendre et à soigner la souffrance psychique de leur prochain. Quelle chance de pouvoir plonger et replonger dans les pages qui suivent !

Ballainvilliers, le 09/03/2026.

NOTE LIMINAIRE

Ce livre ne prétend pas à l'unité. Il ne doit pas être envisagé comme un ensemble structuré à parcourir du début à la fin, dans un ordre linéaire et continu. À l'image des *Mille plateaux* de Deleuze et Guattari, il se veut plutôt refléter une multiplicité de points de vue et d'espaces conceptuels, reliés par des « lignes de fuite », tantôt convergentes ou divergentes. Chaque chapitre est en effet relativement autonome. Il est possible d'y entrer et d'en sortir pour y revenir autrement par la suite.

Ainsi, le lecteur pourra, selon son intérêt, s'attarder sur les passages qui lui paraissent les plus féconds. Par exemple, le chapitre consacré aux classifications, d'allure plus historique et analytique, pourrait sembler aride à certains (bien qu'il propose des réflexions stimulantes comme interroger l'affirmation selon laquelle les baleines ne sont pas des poissons ou comparer nos troubles aux étoiles) ; qu'ils n'hésitent pas à le « traverser » rapidement pour rejoindre le suivant, consacré aux formes contemporaines de la preuve. D'autres parties, telles que celle portant sur les promesses de la psychiatrie, adoptent une orientation sociologique, plus engagée, tandis qu'un chapitre comme celui sur les systèmes dynamiques explore, dans un registre ouvertement spéculatif, la nature même du fonctionnement psychique.

Le propos général de cet ouvrage n'est donc pas de construire une théorie close, mais d'accueillir une multiplicité de positionnements, d'hypothèses et de postures épistémiques, chacune invitant à penser autrement la complexité du soin et du psychisme.

Diversité

Toute dénomination doit être entendue sans distinction de genre et dans le plus grand respect de la diversité et de l'inclusion pour toutes et tous. Cependant, pour soutenir une lecture fluide, nous n'avons pas utilisé d'écriture inclusive.

INTRODUCTION

Ces dernières années, j'ai vu apparaître une vague de patientes adolescentes qui présentaient leur souffrance en se décrivant comme un « système » constitué de plusieurs alters, tenant le journal de leurs apparitions et mobilisant un vocabulaire hérité de communautés en ligne – vocabulaire d'ailleurs particulièrement raffiné sur le plan sémiologique. Par exemple, Clara, une jeune fille de quinze ans présentant un trouble dissociatif de l'identité (TDI), a été hospitalisée dans notre unité suite à une tentative de suicide, dans un contexte de vécu traumatique au cours de l'enfance. En consultation, elle me rapporte des attouchements sexuels répétés de la part de son père, ainsi que des violences verbales et physiques subies par sa mère. Depuis plusieurs mois, la fréquence des épisodes de reviviscence s'est accentuée, accompagnée d'épisodes de déréalisation (sensation de détachement de l'environnement) et de dépersonnalisation (sensation de détachement de soi), associés à des amnésies post-épisode caractéristiques de la dissociation.

Dès le premier entretien, elle me décrit la présence de nombreux alters, dont le nombre a augmenté au cours de sa vie et au fil des événements traumatiques, jusqu'à atteindre une vingtaine d'identités distinctes. Elle attribue à chacun une fonction précise et des traits de personnalité spécifiques. Certains alters sont protecteurs (Lola), d'autres ont subi des abus sexuels (Rose), ressentent la culpabilité (Karl, lorsqu'elle mange) ou le besoin de se scarifier (Clélia), ou encore incarnent la douceur et le calme (Jane). Leur apparition varie selon la coloration émotionnelle du moment, dans une dynamique de transition d'une identité à une

autre. Rapidement, Clara se tourne vers les réseaux sociaux pour chercher une explication à ces manifestations. Et son objectif n'est pas tant de comprendre leur mécanisme que d'obtenir une forme de « labellisation officielle » de son TDI par un professionnel.

Ce cas tout à fait typique reprend, à quelques nuances près, l'ensemble des manifestations observées chez plus d'une trentaine d'adolescentes accueillies dans notre service ces trois dernières années. Ces tableaux ne correspondent pas tellement aux descriptions du TDI chez l'adulte, tels que rapportées dans les manuels de psychiatrie. Ils ne coïncident pas avec les caractéristiques détaillées des classifications internationales. Car relativement stéréotypés, ils relèvent souvent de l'autodiagnostic : pas d'amnésie objective, faibles niveaux de dissociation, mais maîtrise des critères principaux du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), sans avoir néanmoins conscience de la signification et du contenu des chapitres intitulés « caractéristiques diagnostiques », « caractéristiques associées » ou « développement et évolution » des classifications (Demazeux & Singy, 2015). Les psychiatres, qui s'interrogent depuis la naissance de leur discipline sur la manière dont la souffrance peut être nommée et transmise, qualifiaient auparavant ces cas de « personnalités multiples » (Ellenberger, 1970). Aujourd'hui, la plupart de ces jeunes appartiennent, de près ou de loin, à une communauté virtuelle guidée par des influenceuses en santé mentale.

Cette appartenance n'enlève rien à la souffrance, à la dissociation et à l'anxiété qu'elles expriment. Une culture commune disponible, des catégories nosographiques circulantes et un désir de reconnaissance collective contribuent à cristalliser une telle forme contemporaine de souffrance¹. Leur quête identitaire et leur désir de se réconcilier avec

1. Gauld *et al.*, 2022; Hacking, 1998; Young, 1995.