

# Comment prendre en compte la subjectivité dans une classification « Centrée sur la Personne » ?

**M. BOTBOL<sup>1</sup>**

Si l'on s'en tient à ce que l'on observe dans notre pays, il y aurait peu de raison de se réjouir de l'évolution de la psychiatrie ces dernières années. A une échelle plus large, les choses sont toutes différentes si l'on y prête une attention suffisante. Au moment même où, au nom d'un supposé consensus mondial, l'on nous enjoint d'abandonner nos billevesées subjectivistes et psychothérapeutiques on assiste à la naissance d'un mouvement international qui pourrait bien donner raison aux positions sur lesquelles s'appuie notre tradition psychiatrique : un mouvement profond en faveur d'une psychiatrie de la personne. Ce mouvement ne vise pas seulement à retrouver les assises humanistes que la psychiatrie a pu avoir la tentation de nier dans sa volonté de faire oublier ce qui la spécifie au regard de la science et de ses méthodes ; il vise également à confronter ces retrouvailles nécessaires aux données scientifiques les plus récentes. Depuis 2005, ce mouvement a, comme on le sait, trouvé une institutionnalisation sans précédent dans le Programme Institutionnel de Psychiatrie de la Personne que la WPA a établi à l'initiative de son Président, le Pr Juan Mezzich, au moment de sa prise de fonction. Ce que l'on sait moins, c'est que cette décision s'est d'emblée inscrite dans la suite des travaux déjà anciens de la Section de la WPA sur les Classifications, dans la perspective de la révision de la Classification Internationale de l'Oms (vers l'ICD 11). La Psychiatrie de la Personne est donc conceptuellement et historiquement liée à la question des Classifications.

- ✓ Conceptuellement, parce qu'elle exprime les aspirations de la profession à revenir sur la personne du patient afin de ne plus s'en tenir à une psychiatrie centrée sur les troubles, à l'incitation des Classifications devenues dominantes (les DSM III et IV ou l'ICD 10) ; en valorisant de façon trop exclusive les catégories définies sur des critères strictement descriptif pour tendre à la plus grande « objectivité scientifique », ces Classifications ont, tout naturellement, conduit à cette focalisation sur les entités pathologiques qu'elles construisaient au dépens de ce qui relevait de la prise en compte de la personne du patient. En se prétendant purement empiriques, DSM 4 et ICD 10 considèrent comme acquis qu'elles sont établies sur des faits ( naturels et objectifs) et non sur des valeurs (idéologiques et subjectives) , c'est à dire sur des données qui prétendent limiter au maximum les interprétations de l'observateur ou le point de vue du « sujet », patient ou usager.

Un certain nombre de travaux internationaux ont pourtant dénoncé l'inadéquation de cette approche objectiviste dans l'indication et le suivi des soins cliniques individualisés comme dans l'établissement de programme de santé publique efficaces ; heurtant les principes humanistes des praticiens qui traitent toujours des personnes, cette approche suscitait également des critiques de plus en plus nombreuses de la part de nombre d'associations d'usagers ou de patients qui dénoncent la disparition des fonctions de

---

<sup>1</sup> Psychiatre, 6 rue Pierre Lescot, 75001 Paris, [michel.botbol@wanadoo.fr](mailto:michel.botbol@wanadoo.fr)

consolation et d'accompagnement dans une psychiatrie construite sur de telles bases (Filliol 2008).

- ✓ Historiquement puisque, comme nous l'avons déjà mentionné, l'essentiel des travaux qui ont permis de fonder la décision d'établir le programme institutionnel de la WPA sur ce thème, sont issus de la section WPA sur les Classifications, dont les nombreuses tentatives de contribution au renouveau des Classifications s'était constamment heurtées aux limites conceptuelles des modèles dominants ; si bien que cette section en était arrivée au constat de la nécessité de trouver un contre modèle pour dépasser ces limites comme l'a montré une première conférence conjointe WPA –WHO vers l'ICD 11, qui, sous la présidence de Juan Mezzich, s'est tenue à Londres en Juillet 2001. En permettant de faire l'inventaire des contre modèles existants, et parmi eux celui de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'Adolescent (Mises et al 2002) (que nous avons pu présenter au nom de la FFP, à l'initiative de SD Kipman), cette conférence avait pu démontrer que les différences conceptuelles et théoriques occupaient plus de place que les différences culturelles dans l'élaboration de ces contre modèles de classification. Cette première conférence était d'ailleurs suivie d'une période intense de travail pour élaborer un premier contre modèle de démarche diagnostique avec une détermination renforcée par le constat de la place prioritaire que les Etats Généraux de la Psychiatrie (Mezzich et al 2005) avait donné à l'élaboration d'une classification adaptés à la diversité des aspects cliniques impliquée dans une psychiatrie du sujet<sup>2</sup>. Cette période se concluait par la publication de l'IGDA<sup>3</sup> (Mezzich et al 2003), qui, à coté des données standardisées recueillies par le biais de l'ICD10 donnait une place significative aux « formulation idiographiques » basées sur les paroles du patient, ses narrations. Bien qu'il se soit limité dans ses objectifs pour ne pas s'écarter de l'état des démarches entamées avec l'OMS, ce premier travail établissait l'idée que le diagnostic est un processus interactif qui ne pouvait se suffire de la description de symptômes observés en référence a des grilles critérisées ; il devait également donner toute leur place aux données individuelles , en faisant intervenir les narrations du patient et donc son point de vue, avant d'aboutir à une classification véritablement adaptée aux besoins de la clinique. Cette perspective conduisait à l'organisation d'une Conférence sur les aspects philosophiques et conceptuels des classifications en psychiatrie (New York, Mai 2003). Cette conférence (dont les actes ont été publiés dans un numéro spécial de la revue Psychopathology Vol 38 n°4 Banzato et al 2005) a démontré que ces questions mettaient en cause les modèles psychiatriques dans leur globalité ; c'est ce qui a conduit à dépasser définitivement la question des classifications en élargissant le débat à la psychiatrie en générale, autour du concept de psychiatrie de la personne. Cette orientation sera

---

<sup>2</sup> En conclusion de leurs travaux les Etats Généraux avaient conclu qu'il était prioritaire de construire et faire reconnaître internationalement une classification qui soit compatible avec une psychiatrie clinique prenant en compte le personne du patient, sa subjectivité, tout autant que celle du psychiatre. Ces conclusions étaient souvent mises en avant par Juan Mezzich qui avait été très impressionné par le consensus qui c'était alors dégagé et les arguments mis en avant pour le fonder. (Mezzich 2005)

<sup>3</sup> L'IGDA est un guide diagnostique qui décrit la démarche diagnostique en y incluant les éléments suivants : A. Formulation Standardisée Multiaxiale : I Maladie, II. Handicap et fonctionnement III. Facteurs contextuels, IV Qualité de vie ; B. Formulation Idiographique personnalisé (faites conjointement par le clinicien le patient et sa famille)

confirmée par la 2<sup>ème</sup> conférence de New York, en Mai 2004, dans laquelle s'affirmera la nécessité d'élaborer un Diagnostic Psychiatrique Intégré pour servir d'outil à ce retour de la psychiatrie vers ce qu'elle n'aurait jamais du cessé d'être : une psychiatrie de la personne. L'élaboration finale du programme institutionnel que Juan Mezzich mettait au centre de sa présidence venait donc fixer cette perspective dont la nécessité est apparue encore plus clairement quand il est devenu évident que les travaux communs du groupe de travail WPA/WHO vers l'ICD11 ne pourraient aller au delà d'un toilettage de surface, inscrit dans la mouvance de la réforme en cours du DSM (vers le DSM5) ceci du fait des intérêts économiques, politiques et académiques qu'une réforme plus ambitieuse risquait de remettre en cause. Il revenait donc à l'IPPP de poursuivre seule sur ce chemin en s'appuyant sur l'engagement croissant de praticiens et d'associations engagés dans cette démarche importante pour notre discipline.

### **A) Problématique et enjeux**

Devenu l'un des axes centraux du programme institutionnel sur la psychiatrie de la personne, le débat sur les classifications condense donc un nombre important d'enjeux essentiels que certains avaient pu croire dépassés du fait du succès mondial d'un modèle de classification se prétendant à théorique et strictement objectif. En démontrant la nécessité de dépasser les limites de ce modèle, ce débat remettait ces questions au centre de la réflexion psychiatrique : comment classer sans cesser de consoler ni s'éloigner trop radicalement de la réalité clinique et des besoins de classifications dans les prises de décision clinique ? Comment classer sans méconnaître l'individualité de chaque patient et ses besoins spécifiques.

Il ne s'agissait pas cette fois d'élaborer une Classification qui évite ces questions pour tenter de les résoudre en feignant d'en ignorer la complexité ; il s'agissait au contraire de les prendre à bras le corps pour sortir de l'impasse conceptuelle dans laquelle l'option précédente avait conduit la psychiatrie en la centrant sur le trouble avec des conséquences de plus en plus fréquemment dénoncée concernant l'identité des psychiatres, leurs pratiques cliniques et leur formation.

L'objectif n'était donc plus la simplification à tous prix, il était l'établissement d'un modèle de classification :

- qui puisse prendre en compte les dimensions les plus pertinentes cliniquement : celles qui permettent l'individualisation du patient dans son double aspect social et subjectif, élaborer les réponses thérapeutiques et suivre son évolution.
- sans pour autant renoncer aux objectifs traditionnellement poursuivis par les classifications : la transmission de données fiables et reproductibles pour permettre la liaison entre professionnels, le suivi dans le temps des évolutions cliniques suffisamment standardisé pour être opposables à des tiers et servir de base commune pour les recherches cliniques notamment celles se rapportant à l'élaboration et à l'efficacité des traitements

Le but était en somme de trouver le moyen de prendre en compte les aspects individuels et subjectifs des troubles mentaux, sans renoncer à faire science c'est-à-dire sans renoncer à donner un cadre reproductible à la typologie qui résulterait de la prise en compte des différentes dimensions subjectives et contextuelles à inclure.

Dans cette perspective, le problème n'est donc pas seulement celui de l'individuation du trouble pour lequel des solutions simples suffiraient :

- ✓ un relevé plus détaillé des caractéristiques symptomatiques individuelles, en allant au-delà de leur description dans les critères diagnostics proposés par les classifications
- ✓ une large utilisation des possibilités qu'offrent leurs différents axes ou la place qu'elles donnent au concept de comorbidité
- ✓ une observation appropriée du contexte « objectif »

Il est aussi et surtout de faire une place aux dimensions subjectives qui sont impliquées dans toutes les situations cliniques (dans le rapport du sujet à lui-même aux autres et au contexte : I am I and my circumstances ) ; cette reconnaissance passe nécessairement par une prise en compte d'éléments psychologiques et psychodynamiques qui sont précisément ceux, qu'au nom de leur idéal d'objectivité, les classifications actuelles sont amenées à ignorer délibérément, quelle que soit l'importance de ces éléments pour la clinique.

### **B) Composantes psychologiques et psychodynamiques à prendre en compte dans une classification des troubles mentaux**

Contrairement à ce que l'on tend à croire généralement dans notre pays, cet ostracisme n'affecte pas les seules dimensions psychodynamiques. Il concerne l'ensemble des composantes psychologiques, si l'on excepte l'évaluation des performances cognitives dans leur aspect le plus instrumental. Force est de constater que cela conduit les Classifications actuelles à ignorer toutes les composantes qui permettraient de donner une épaisseur subjectives aux situations cliniques en focalisant l'intérêt sur la personne du patient.

Ces composantes sont donc essentielles pour répondre aux buts visés par le contre modèle à élaborer.

Quatre axes principaux sont à considérer de ce point de vue.

1. Le ressenti du patient concernant l'éprouvé de la maladie et de ses effets sur sa vie subjective et sociale. Cette **dimension Phénoménologique** est à l'évidence subjective et n'en constitue pas moins un élément central dans la définition de l'état du patient et de son être au monde en général
2. Le fonctionnement mental qui sous tend le trouble, et l'organisation globale des fonctions psychologiques du sujet en considérant non seulement les symptômes manifestes du trouble, mais aussi la personnalité sur laquelle ils s'inscrivent et les compromis qui s'établissent entre conflits et défenses, normaux et pathologiques, l'interaction entre les symptômes avec l'environnement ; sont donc concernés non seulement les mécanismes de défenses et les éléments impliqués dans les processus de subjectivation ( Lebovici 1994 ; Cahn 1997) mais aussi l'organisation structurelle du monde interne du patient dans sa globalité. C'est ce qu'on pourrait appeler **la dimension structurelle** de la situation clinique, ce qui relève du niveau du fonctionnement dans la définition qu'Edouard Zarifian (1999 ) propose des niveaux qui sont nécessairement intriqué lorsqu'on évoque un trouble mental quel qu'il soit <sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> E Zarifian considère que tout tentative de définir un trouble mental doit nécessairement impliquer trois niveaux : le niveau de la biologie, le niveau du fonctionnement c'est-à-dire du comment et le niveau du sens individuel c'est-à-dire du pourquoi. Il considère donc comme nécessairement fautive toute définition qui ne prendrait pas en compte ces trois niveaux

3. Le sens conscient et inconscient du symptôme, du trouble et de ses effets, pour le patient, c'est à dire la place qu'il prend dans son histoire globale et la façon dont il s'inscrit dans ses constructions narratives<sup>5</sup>. C'est ce qu'on pourrait appeler la **dimension métaphorique ou symbolique** du trouble mental. C'est évidemment un élément essentiel à prendre en compte dans la construction d'un traitement adapté aux singularités du patient notamment les approches psychothérapeutiques individuelles, groupales ou institutionnelles. C'est également dans ce cadre que ces composantes peuvent prendre une valeur étiologique ou du moins être interprétées comme telles par le professionnel et/ou par le patient.
4. La place qu'occupent la famille et le contexte dans la définition de la situation clinique impose de prendre en compte un quatrième aspect : la **dimension Familiale et Contextuelle**. Celle-ci ne se limite pas à la description matérielle de l'environnement du patient, en sortant d'une focalisation exclusive sur l'individu ; elle doit inclure un versant subjectif rendant compte de la façon dont les éléments qui constitue le contexte sont engagés dans la situation clinique et de la façon dont ils sont investis par le patient (Botbol, Alanen et al 2008)

Dans chacun de ces quatre axes, les dimensions impliquées sont non seulement subjectives mais également globales. Ce sont, à ce double titre, des dimensions dont l'appréciation pose des problèmes méthodologiques difficiles à résoudre si l'on reste dans une perspective qui place l'idéal d'objectivité de la méthode avant la prise en compte des besoins du patient ou ceux de la pratiques psychiatrique :

- ✓ Du fait de leur dimension globale elles mêlent le normal et le pathologique puisqu'elle résulte d'un équilibre général entre ces deux aspects. C'est à ce titre qu'elle concerne la totalité de la personne et non pas seulement sa part définie comme pathologique : comment, par exemple, isoler chez un patient l'éprouvé de son trouble de l'éprouvé plus global de son être au monde, ou la part pathologique de son fonctionnement de sa globalité qui contribue à l'équilibre dynamique trouvé ; comment séparer le sens d'un symptôme de l'ensemble du système de signification et de mise en histoire que construisent le sujet ... et le thérapeute.
- ✓ Du fait de leur dimension subjective elles ne peuvent être prises en compte qu'au travers de l'implication subjective de l'observateur et du patient, et ne peuvent s'évaluer en dehors de cette implication.

Le dépassement de ces difficultés passe donc par le renoncement à cet idéal méthodologique, tel qu'il est habituellement défendu dans les approches biomédicaux traditionnels, ou du moins par son adaptation aux particularités de l'objet psychiatrique et la réduction de la place qu'occupent les canons de l'Evidence Based Medicine dans la démarche de recherche .

---

<sup>5</sup> Dans la triple dimension que leur donne Paul Ricoeur : figuration, refiguration, configuration ( in Temps et Récit) 1983

En pratique ce sont en tous cas ces difficultés de méthode qui ont conduit les tenants de cet idéal à éliminer toutes les composantes psychologiques telle que nous venons de les définir, **non pas parce qu'ils ne les pensent pas pertinente pour définir les situations cliniques dont ils s'occupent mais parce qu'ils les estiment inaccessibles aux modèles qu'ils imposent (à nous et à eux) comme les conditions du savoir.**

### **C) Un Conflit irréductible ?**

En négligeant systématiquement les trois dimensions que nous venons d'évoquer, les classifications actuelles produisent donc « une demie science » comme l'écrit plaisamment John Strauss pourtant ancien président de l'APA et à ce titre, ancien défenseur du projet DSM : « cela a conduit à négliger de porter attention sur l'importance des facteurs subjectifs comme le ressenti, le sens et le souhait. Nous avons ainsi été maintenu dans l'ignorance d'une partie essentielle de l'expérience humaine, en nous laissant avec une demie science" (Strauss 2005)

Ce constat est d'ailleurs alimenté par les données de cette demi-science. Malgré leurs limites les méthodologies imposées mettent en évidence des éléments qui indiquent que ces dimensions subjectives sont les plus pertinentes à la fois pour les patients et pour les thérapeutes qui les suivent au long cours (Philips 2005); cet auteur montre par ailleurs que les cliniciens ne font qu'une place très réduite aux catégorisation établie sur la base d'une étroite critérisation; ils travaillent plutôt en référence à des prototypes ou à des idéaux types en accordant une place majeure aux récits des patients et de leur entourage et aux données anamnestiques et contextuelles qu'ils rapportent ; en somme, ils interprètent ces données en utilisant leur propre subjectivité et un ensemble composite de théories auxquelles ils se réfèrent de façon beaucoup plus intriqué qu'il n'est habituel de le dire ; certaines de ces caractéristiques paraissent d'ailleurs plus prédictives du pronostic du trouble que n'importe quelle autre forme de catégorisation basée sur les critères diagnostic du DSM au moins chez les adolescents (Johnson 1999).

Pour améliorer l'utilité clinique des systèmes de classification il est donc nécessaire de trouver un moyen de prendre en compte ces dimensions d'une façon qui permette une transmission fiable de leur appréciation sans réduire leur complexité au point de les dénaturer.

Comme nous l'avons vu, ces aspects psychologiques ne peuvent être évalués par des approches qui fondent leur objectivité sur leur réduction à la seule description d'un observateur indépendant, supposé neutre quant aux dimensions qu'il décrit<sup>6</sup>. La prise en compte de ces aspects subjectifs impose de donner une place essentielle aux paroles du patient, à l'interprétation qu'il fait des éprouvés et affect qu'il rapporte ainsi qu'aux interprétations subjectives que le

---

<sup>6</sup> On pourrait certes, comme le fait A Erhenberg faire apparaître à quelle point cette affirmation est présomptueuse dans la mesure où l'examen attentif des critères que le DSM présente comme des faits sont en réalité des valeurs (A Erhenberg 2007). « Par exemple quand nous parlons d'absence de culpabilité dans les troubles des conduites et d'excès de culpabilité dans la mélancolie...n'accordons nous pas une valeur à un fait sans laquelle il n'y aurait aucun fait ? ». Mais l'argument se heurte généralement à l'obstacle de l'évidence (au sens français du terme) : dans le microcosme de la psychiatrie globalisée, il y a des valeurs qui sont des faits parce qu'elles ont été consensuellement considérées comme directement observables et évaluables selon des mesures dont l'objectivité est publiquement validée par la tradition et les revues à fort facteur d'impact. On pourrait même considérer que cette caractéristique est la seule qui soit véritablement commune à l'ensemble des critères retenus par le DSM.

professionnel en fait ....toutes choses que « les psychiatres DSM » ont appris à considérer comme les biais antiscientifiques que leur classification s'attache à combattre. Le processus interactif qui résulte de ce changement de perspective s'écarte en tous cas de l'idéal mis en avant par l'Evidence Based Medicine puisque la reconnaissance des aspects subjectifs de la situation clinique dépend de la subjectivité du professionnel c'est dire à des valeurs qu'il donne aux éléments rapportés par les paroles du patient et à ses propres représentations. Comme le montre Bill Fulford on passe à une Value Based Medicine (Fulford 2005) qui redonne ses lettres de noblesse à une subjectivité que l'EBM considère comme un bruit dans sa recherche de ce qu'elle considère comme fait significatif.

La prise en compte de la diversité subjective entre donc ouvertement en conflit avec le modèle traditionnel de l'EBM et les valeurs d'objectivité qu'elle parait promouvoir, au moins dans sa forme la plus classique ; elle entre également en conflit avec l'idéal de transparence promu par les instances de contrôle administratif et économique et par l'idéal de stabilité et de fiabilité imposé par l'approche biomédicale des troubles ; elle entre enfin en conflit avec les règles qui régissent les publications internationales des travaux, c'est à dire les carrières et la validation académique dans la discipline.

Il y a donc ici un enjeu vital pour la psychiatrie de la personne : pour ne pas périr, il lui faut élaborer un système moderne de classification susceptible d'intégrer ces aspects psychologiques en dépassant les obstacles épistémologiques et politiques qui s'opposent à cette prise en compte. Il importe donc de trouver un moyen de prendre en compte ces dimensions subjectives pour, qu'au delà de la singularité des expériences individuelles, de leur sens et de leur l'histoire toujours unique, au-delà de l'implication subjective qu'elles exigent du professionnel pour pouvoir être appréciées, on puisse définir des types suffisamment explicites pour répondre aux besoins de Classification (c'est à dire aux besoins scientifiques académiques et économique administratifs auxquelles répondent les classifications actuelles sur des bases tronquées et erronées) tout en satisfaisant aux besoins de la clinique et de ses pratiques réelles.

#### **D) Différentes solutions pour relever ce défi**

La première tâche du groupe Classification au sein du Programme institutionnel sur la psychiatrie pour la personne a été d'examiner les différentes voies possibles pour tenter de répondre à cet enjeu. Il est très vite apparu que s'opposaient deux types de modèles généraux

1. **Une classification « par domaine »** dans laquelle chaque domaine à prendre en compte fait l'objet d'une classification spécifique sur le modèle de ce que l'OMS propose avec le concept de « famille de classification internationale » (regroupant la Classification International des Maladies avec la Classification Internationale des fonctionnements). Dans le principe, rien ne s'oppose à ce qu'un tel système classificatoire multifocal ne constitue un moyen de rendre compte de l'hétérogénéité des troubles psychiatriques et de la diversité des usages des classifications en psychiatrie. Rien ne s'oppose par exemple à ce que soient pris en compte différents aspects psychologiques, psychodynamiques et subjectifs impliqués dans le trouble.

En suivant Mundt ( ) on a pu proposer de retenir les dimensions suivantes :

- ✓ Psychodynamiques: les mécanismes de défense, la relation d'objet, la thématique des conflits centraux
- ✓ Les styles interactifs
- ✓ Les modèles d'attachement

- ✓ Les styles cognitifs et d'apprentissage
- ✓ Différentes dimensions phénoménologiques dont notamment la souffrance
- ✓ Les modes d'adaptation
- ✓ Les types de personnalité

Dès lors que chacune de ces classifications spécifiques est explicitement référée à un système d'interprétation spécifique clairement affirmé comme tel, sont clairement précisées les conditions selon lesquelles les valeurs sont intriquées aux faits. Des instruments d'évaluation standardisés peuvent même être proposés pour tout ou partie de ces dimensions, y compris dans leurs aspects clairement subjectifs (Fallissard 2001), sous réserve que chaque instrument reste compatible avec le système d'interprétation dont il se propose d'évaluer les données. On dépasse ainsi les limites imposées par l'athéorisme sur lequel se fonde les classifications actuelles sans avoir à s'épuiser dans la remise en cause théorique de ce concept.

Entièrement compatible avec les systèmes de classification actuels, cette solution aurait l'intérêt d'en réduire certains des travers. En multipliant les références explicites, elle pourrait contribuer à réduire leur réductionnisme. Sa démarche reste cependant très en écart de la démarche clinique naturelle telle que l'a défini Philips (2005). Elle ne permet pas d'avoir une perception globale du fonctionnement psychique impliqué et reste donc très en deçà des informations structurelles que fournit par exemple la CFTMEA dont c'est le principal point fort. Cette solution est donc tout particulièrement incompatible avec le modèle de la CFTMEA même si elle peut donner une place notable aux composantes psychodynamiques. Enfin, et peut être surtout cette solution s'inscrit dans une perspective ensembliste (A. Erhenberg 2007) qui se fonde sur l'hypothèse qu'il est possible de rendre compte d'une situation clinique en accumulant des données issues de sous ensembles complémentaires. Or cette position est discutable et a une pertinence très variable en fonction des domaines considérés. Elle est sans doute plus adaptée à l'évaluation du fonctionnement ou du handicap social (qui sont susceptibles de constituer des sous ensemble pertinents) qu'à celle des aspects les plus subjectifs et les plus holistiques de la situation clinique. Ceux-ci nécessitent une approche plus globale (par tout, comme le dit A. Erhenberg). Mettre toutes ces dimensions sur le même plan dans une classification par dimension a donc toutes les chances de se faire au dépens des dimensions dont la pertinence est essentiellement holistiques et parmi elles, celles qui relèvent le plus de la subjectivité ; une telle classification aurait donc toutes les chances de ressembler à la recette du pâté de cheval aux alouettes (un cheval, une alouette). Elle ne constituerait donc qu'un progrès très limité pour atteindre l'objectif fixé : une prise en compte des aspects subjectifs du patient dans une perspective holistique, car celle-ci est irréductible à l'accumulation de données dans une logique ensembliste.

2. Ces travers sont évités par la seconde solution : « **une classification par alternatives** » dans laquelle on associe à la classification classique des classifications spécifiques construites selon la perspective globale adoptée par chacune des principales approches psychologiques dont on veut rendre compte. Dans la perspective psychodynamique par exemple, la CFTMEA pourrait constituer la base d'une de ces classifications spécifiques, mais d'autres modèles



pourraient également être proposés comme ceux construits sur le modèle du Psychodynamic Diagnostic Manuel (Alliance of psychoanalytic Associations 2006) ou sur celui de l'OPD (Mundt 2005) qui donnent plus de place à une approche multiaxiale qu'ils inscrivent dans la cohérence de leur point de vue théorique. Dans chacune des perspectives retenues cette solution réduit l'écart entre classification et démarche clinique ; son principal problème tient au fait que cet éclectisme constitue le seul parti pris d'ensemble. Il n'y a donc aucune intégration de ces données dans un projet d'ensemble ce qui en limite la portée pour la psychiatrie de la personne : les approches coexistent sans s'intriquer ; si bien que la diversité des approches se résumant en une accumulation de points de vue univoques. Malgré les ouvertures qu'elle permet pour prendre en compte des dimensions subjectives, cette solution a donc été, au moins provisoirement, laissée de côté dans la poursuite d'un projet plus ambitieux le diagnostic psychiatrique intégré.

### **E) Le Diagnostic Psychiatrique Intégré (PID) du Programme Institutionnel sur la Psychiatrie de la Personne (IPPP)**

Ce projet est une solution de compromis ; il tente de réunir les avantages des deux options évoquées ci-dessus en évitant les travers. Comme la première il s'appuie sur la délimitation d'un certain nombre de domaines impliqués dans la définition de la situation clinique ; mais il s'attache à dépasser les limites de cette approche par sa conception spécifique et l'organisation générale de la démarche sur laquelle il se fonde.

Trois concepts occupent ici une place centrale

1) ***Le PID aborde ces domaines en prenant en compte leurs aspects positifs et négatifs*** (c'est-à-dire sains et pathologique). Il réunit donc les conditions pour dégager la dynamique de leur interaction en mettant face à face ces deux aspects qui sont toujours intriqués en situation clinique. C'est à proprement parlé une formation de compromis entre les exigences de lisibilité qui impose une décomposition en domaines susceptibles d'être évalués avec des instruments adaptés, et celles d'un abord holistique des mouvements psychodynamiques impliqués dans l'organisation globale du fonctionnement psychique et sa dimension subjective. Dans l'état actuel des élaborations du groupe de travail adhoc, le PID se présente de la façon suivante (Salhoun 2008) :

#### **Pathologie**

##### **I. Maladie et ses effets**

- a. Troubles*
- b. Handicap*

##### **II. Facteurs de risqué**

##### **III. Eprouvé de la maladie**

#### **Santé Positive**

##### **Bien être**

- Récupération (Recovery)*
- Fonctionnement*

##### **Facteurs Protecteurs**

##### **Eprouvé de santé**

Dans ce tableau les facteurs de risque et de protection sont à la fois interne et externes ; dans leur dimension interne, ils comprennent les éléments psychopathologiques ou biologiques impliqués dans la situation clinique de la

personne, tandis que dans leur dimension externe ils rendent compte des aspects contextuels et interactifs.

Quant aux éprouvés de santé ou de maladie ils désignent le versant phénoménologique de la situation clinique de la totalité du sujet (souffrance, qualité de vie etc...)

2) **Le PID considère que le diagnostic est un processus qui implique le professionnel, le patient et son entourage.** Il donne donc une place essentielle à la parole du patient dans ce processus. De nombreux témoignages rapportés au groupe de travail démontrent que cette condition, qui nous paraît évidente, est actuellement rarement remplie dans les psychiatries où la dominance du DSM est indiscutable. On est frappé de voir à quel point c'est d'ailleurs le principal reproche que les usagers ou leur famille font à ces psychiatries : non pas seulement de ne pas les entendre (reproche qu'ils peuvent être amenés à faire à tous les psychiatres y compris ceux qui sont les plus relationnels) mais de ne pas les écouter ni même interroger en dehors de ce qui se rapporte à la recherche des critères diagnostics dans leur version objective et descriptive que retiennent les listes du DSM). Certes, le PID fait appel à des instruments standardisés dans les domaines où ils sont validés (en dimensionnel ou en catégoriel), mais cette évaluation standardisée est à chaque fois complétée par la prise en compte de formulations idiographiques du patient et de son entourage ; du point de vue du PID, ces formulations idiographiques sont destinées à rendre compte de leur parole (de leurs narrations) considérée comme l'instrument de l'abord holistique de leur subjectivité.

3) **Le PID fait une place majeure à la personne du psychiatre (à sa narrativité et à son empathie) dans les outils d'évaluation** qu'il prévoit dans chacun de ces domaines et dans l'appréciation globale de la situation clinique. D'abord envisagée comme la capacité du psychiatre à écouter avec sympathie les propos du patient et à tenir compte de ses souhaits et des besoins qu'ils expriment, la notion d'empathie s'est élargie en incluant les représentations que le psychiatre se fait de la situation clinique dans laquelle il est engagé, en somme de son empathie métaphorisante (Lebovici). C'est l'un des acquis de la conférence de Paris en février 2008 que d'avoir permis cette avancée importante qui est venue pleinement marquer la reconnaissance de la place de la subjectivité du psychiatre comme outil du diagnostic et du soin dans la relation médecin malade et au-delà. On est ainsi passé d'une psychiatrie de la personne centrée sur l'utilisateur à une psychiatrie de la personne centrée sur le sujet, beaucoup plus conforme à la réalité d'une pratique psychiatrique qui, sous une forme ou une autre, doit faire avec les défenses psychiques. Même si l'on reste encore éloigné de la richesse des concepts de transfert et de contre transfert, cette évolution du concept d'empathie vient donc clairement marquer une évolution dans leur sens. En établissant la subjectivité du psychiatre comme un des outils de compréhension du patient et de son trouble, elle lui redonne le statut positif qu'elle avait perdu. Les conditions sont ainsi réunies pour que cette dimension soit convenablement prise en compte dans les pratiques et dans les formations. Plutôt que de laisser seuls les psychiatres en formation face à la nécessité d'ignorer (ou d'annuler) leurs mouvements psychiques on est donc incité à les former à les prendre en compte pour en

faire les outils de leur pratique, les conditions de la construction de leur savoir en interaction avec les patients qu'ils ont la charge de soigner.

## **Conclusion :**

L'option développée par le PID tente donc d'apporter une solution locale aux problèmes posés en le traitant au niveau de chaque domaine. Elle laisse par contre entier la question de l'appréhension holistique de la subjectivité à un niveau global (la totalité de la personne)

Un long chemin reste donc à parcourir. L'inestimable intérêt de cette approche est précisément de l'initier, non plus seulement à l'échelle d'un pays comme nous avons tenté de le faire avec la CFTMEA, mais au niveau de l'instance la plus internationale de notre profession. Le mouvement de la Psychiatrie de la Personne dans son ensemble a ouvert une porte permettant de remettre en cause le statu quo qui, au nom de la prétention à accéder au fait pur dans une logique biomédicale exclusive, abandonne la raison d'être de notre discipline : la personne du patient, sa subjectivité. Certes, le maintien du lien de la psychiatrie avec la médecine est une nécessité pour éviter d'accroître la stigmatisation des malades mentaux, ne pas remettre en cause le financement de leurs soins, répondre aux exigences de l'organisation politique et académiques de nos systèmes de santé mentale. Mais il est certainement excessif que cette nécessité se paye du prix de la réduction systématique de tout ce qui fait la spécificité de l'objet psychiatrique en scotomisant ce qui relève de la personne. Spécificité ? : il n'est pas douteux que, plus que dans d'autres disciplines médicales cette question est vitale en psychiatrie où il confine au ridicule de prétendre se passer de prendre en considération les dimensions subjectives engagées dans la clinique,..... ridicule et dangereux quand on songe aux effets de ces prétentions sur l'identité de la psychiatrie, la formation de ses praticiens et l'exercice de leur fonction de soin dans l'intérêt des patients/usagers. Il serait pour autant abusif de prétendre que cette dimension ne concerne pas d'autres spécialités médicales. C'est ce qu'a montré la récente Conférence de Genève (en Mai 2008) qui, à l'initiative du Programme Institutionnel de la WPA sur la Psychiatrie de la Personne, a réuni la plupart des organisations médicales internationales autour du thème de la **Médecine de la Personne**. C'est évidemment un succès remarquable pour la WPA en général et ce programme institutionnel en particulier ; mais, à y bien réfléchir, n'était ce pas la moindre des choses que la psychiatrie en soit l'éclaireur, en s'appuyant sur son lien indéfectible à la subjectivité.

## **Bibliographie**

- 1.. Alliance of Psychoanalytic Organizations (2006) *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)* Silver Spring MD
- 2.. Banzato, C.E.M. ;Mezzich, J.E. ; Berganza, C.E. Philosophical and Methodological Foundations of Psychiatric Diagnosis *Psychopathology* 2005;38:
- 3.. Botbol M, Alanen Y, Schmolke M, Lecic D : Psychological perspective in Psychiatry for the Person , in press , *Psychopathology* 2008
- 4.. Cahn, Raymond : Le processus de subjectivation à l'adolescence in: PERRET CATIPOVIC M. et LADAME F. (Dir.) - Adolescence et psychanalyse : une histoire.Lausanne, Delachaux et Niestlé 1997, pp. 213-227
- 5.. Erhenberg A : Epistémologie, Sociologie, santé publique: tentative de clarification ; *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 55 (2007) 450-455
- 6.. Falissard B : Mesurer la subjectivité en santé ; perspective méthodologique et statistique Masson 2001

- 7.. Filliol S (2008) Point de vue de l'Eufami sur la conference d'Helsinki sur la santé mentale. Conférence de Paris sur la Psychiatrie de la Personne. Fevrier 2008
- 8.. Fulford, K.W.M. Values in Psychiatric Diagnosis: Developments in Policy, Training and Research *Psychopathology* 2005;38:171-176
- 9.. Johnson JG, Cohen P, Oldham JM. et al Personality disorders in adolescence and risk for major mental disorders and suicidality during adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 1999, 56, 805-811
- 10.. Lebovici S : L'homme dans le bébé, *Revue Française de Psychanalyse*, 1994, Vol 58, n°3, pp661-680
- 11.. LÉBOVICI, Serge ; SOLIS PONTON, Leticia ; BARRIGUETE, Jorge Armando L'arbre de vie, l'empathie métaphorisante, l'érection: SOLIS PONTON, Leticia (dir.). - La parentalité : défis pour le troisième millénaire : un hommage international à Serge Lebovici Paris, Presses Universitaires de France 2002, pp. 49-59
- 12.. Mezzich J E, C E Berganza, M Von Cranach, M R Jorge, M C Kastrup, R S Murthy, A Okasha, C Pull, N Sartorius, A Skodol, and M Zaudig, *The British Journal of Psychiatry*, May 2003, Vol 182, supplement 45
- 13.. Mezzich, J.E. ; Berganza, C.E. *Purposes and Models of Diagnostic Systems* *Psychopathology* 2005;38:162-165
- 14.. Mises, R. ;Quemada, N. ;Botbol, M. ;Burzsteijn, C. ;Garrabe, J. ;Golse, B. ;Jeammet, P. ;Plantade, A. ;Portelli, C. ;Thevenot, J.P. (2002) *French Classification for Child and Adolescent Mental Disorders* *Psychopathology* 2002;35:176-180
- 15.. Mundt, C. Backenstrass, M. *Psychotherapy and Classification: Psychological, Psychodynamic, and Cognitive Aspects ;* *Psychopathology* 2005;38:219-222 .
- 16.. Phillips, J. Idiographic Formulations, Symbols, Narratives, Context and Meaning *Psychopathology* 2005;38:180-184
- 17.. Ricoeur P : Temps et Récit, Gallimard 1983
- 18.. Salhoun I : Psychiatric Integrative Diagnostic Model ; communication a la conférence de Preston sur la psychiatrie de la personne ; Juillet 2008
- 19.. Strauss, J.S.:Diagnosis and Reality: A Noun Is a Terrible Thing to Waste *Psychopathology* 2005;38:189-191
- 20.. Zarifian E. (1999), *Les Jardiniers de la folie*, Odile Jacob.