



**Conseil
Supérieur de la Santé**

**DSM(5) : UTILISATION ET STATUT
DU DIAGNOSTIC ET DES CLASSIFICATIONS
DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE**

**JUIN 2019
CSS N° 9360**



.be

DROITS D'AUTEUR

Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité
de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

Conseil Supérieur de la Santé

Place Victor Horta 40 bte 10
B-1060 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97

E-mail: info.hgr-css@health.belgium.be

Tous droits d'auteur réservés.

Veillez citer cette publication de la façon suivante:

Conseil Supérieur de la Santé. DSM(5) : Utilisation et statut
du diagnostic et des classifications des problèmes de santé
mentale . Bruxelles: CSS; 2019. Avis n° 9360.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargés à partir
de la page web: www.css-hgr.be

AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9360

DSM(5) : Utilisation et statut du diagnostic et des classifications des problèmes de santé mentale

In this scientific advisory report, which offers guidance to public health policy-makers, the Superior Health Council of Belgium provides recommendations on use of classifications in mental health for professionals, policy makers and researchers.

Version validée par le Collège de
Juin - 2019¹

RESUME

Le CSS constate que les outils utilisés le plus souvent pour le diagnostic des problèmes de santé mentale (le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM), et la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM)) posent plusieurs problèmes et recommande qu'ils soient utilisés avec prudence et que les catégories du DSM ne soient pas au centre de l'aménagement des soins.

D'un point de vue épistémologique, les classifications partent en effet du postulat que les troubles mentaux sont des espèces naturelles, et que leurs désignations sont les reflet de distinctions objectives entre différents problèmes, ce qui n'est pas le cas. Les limites entre personnes ayant une maladie et celles qui en sont indemnes sont plutôt d'ordre dimensionnel que catégoriel.

Au niveau organisationnel, le CSS pose la question de la fonction des classifications diagnostiques. En légitimant une structure fondée sur un modèle biomédical, celles-ci empêchent la psychiatrie d'être influencée par les pressions pour évoluer, alors que les soins de santé mentale sont en pleine mutation. D'autre part, cette approche biomédicale ne réduit pas, comme on pouvait l'espérer, la stigmatisation et la discrimination des patients dans les soins de santé mentale.

En Belgique, les autorités donnent aux intervenants et aux organisations une grande marge de liberté concernant le recours à ces systèmes, surtout utilisés à des fins d'enregistrement (RPM).

Au niveau clinique, les classifications ne permettent pas de se faire une idée des symptômes, des besoins de prise en charge et du pronostic car elles n'ont pas suffisamment de validité, de fiabilité ni de pouvoir prédictif. D'autre part, elles ne répondent pas aux nouvelles conceptions de la santé, définie par la capacité à s'adapter, malgré les obstacles bio-psycho-sociaux. Or, il est plus utile de comprendre la combinaisons de facteurs causant et maintenant des symptômes que d'identifier une catégorie. Une approche basée sur le rétablissement (clinique, personnel et social) contextualise mieux les symptômes et adapte les interventions en fonction des valeurs, affinités et objectifs des patients, en collaborant étroitement avec eux.

¹ Le Conseil se réserve le droit de pouvoir apporter, à tout moment, des corrections typographiques mineures à ce document. Par contre, les corrections de sens sont d'office reprises dans un erratum et donnent lieu à une nouvelle version de l'avis.

Le CSS recommande dès lors de recourir à la formulation de cas clinique dans le cadre d'un processus diagnostique « multicouche ». Il s'agit de partir des symptômes de l'individu, en commençant par une description narrative de ceux-ci, pour ensuite les recontextualiser, puis les classer sur base d'un nombre limité de syndromes généraux, et enfin discuter ces symptômes en termes de continuum allant de la crise au rétablissement, pour évaluer le besoin de soins, le niveau de crise et la perspective de rétablissement (considéré comme un phénomène contextuel).

Cette formulation de cas est une hypothèse raisonnée, toujours incomplète, basée sur un va-et-vient continu entre recueil de données et utilisation des connaissances théoriques. La personne et son entourage sont source d'information sur son état mental et son contexte. La relation thérapeutique est au cœur du traitement, ce qui suppose une méthode réflexive de contrôle de la qualité.

Etant donné les limites des systèmes de classification, et la latitude dans leur utilisation accordée par les différents niveaux de pouvoir, le CSS recommande donc que l'usage du DSM et de la CIM soit limité à des catégories de troubles plus larges, et que les diagnostics restent des hypothèses de travail. Les troubles ne doivent pas être considérés comme une caractéristique statique, mais plutôt comme interactifs. Les étiquettes diagnostiques doivent aussi être utilisées avec prudence, tout en tenant compte de l'importance pour la personne de la reconnaissance de ses difficultés.

La prise en charge des plaintes psychiques doit se faire indépendamment de leur gravité, de manière non médicalisante, en mettant au centre la perspective et l'attribution de sens.

Des structures d'aide à bas seuil sont pour cela nécessaires.

Mots clés et MeSH *descriptor terms*²

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	DSM	DSM	DSM	DSM
International Classification of Diseases	ICD	ICD	CIM	ICD
Classification	Classification	Classificatie	Classification	Klassifizierung
Mental Health	Mental Health	Geestelijke gezondheid	Santé mentale	psychische Gesundheit
Diagnosis	Diagnosis	Diagnose	Diagnostic	Diagnose
Case reports	Case study	Gevalstudies	Etude de cas	Fallstudie
	Multi layer approach	Meerlagige aanpak	Approche multicouches	mehrschichtiger Ansatz
	Epistemology	Epistemologie	Epistémologie	Epistemologie
	Organizational Level	Organisatieniveau	Niveau organisationnel	Organisationsebene
	Clinical level	Klinisch niveau	Niveau clinique	klinische Ebene

MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

² Le Conseil tient à préciser que les termes MeSH et mots-clés sont utilisés à des fins de référencement et de définition aisés du scope de l'avis. Pour de plus amples informations, voir le chapitre « méthodologie ».

TABLE DES MATIERES

I	Introduction ET QUESTION	4
II	Elaboration et argumentation	5
1	Méthodologie.....	5
2	Statut épistémologique des troubles mentaux	5
3	Aspects organisationnels liés à l'utilisation de systèmes de classification diagnostique 10	
3.1	Perspectives sociologiques	10
3.2	De l'utilisation du diagnostic psychiatrique en Belgique	14
4	Utilisation clinique du diagnostic psychiatrique	17
4.1	Observations concernant le diagnostic psychiatrique contemporain.....	17
4.2	Problèmes de fiabilité des systèmes de classification psychiatrique.....	17
4.3	Problèmes de précision des systèmes de classification psychiatrique.....	19
4.4	Problèmes de validité des systèmes de classification psychiatrique.....	19
4.5	Reconceptualiser la santé mentale et les problèmes de santé mentale.....	20
4.6	Le rétablissement : un nouveau paradigme en psychiatrie	22
4.7	La solution alternative : le diagnostic multicouche	24
4.8	Diagnostic basé sur la formulation de cas clinique	26
III	recommandations	28
IV	REfErences.....	31
V	Composition du groupe de travail.....	36

Liste des abréviations utilisées

AVIQ	Agence pour une Vie de Qualité
CIM	Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
IHP	Initiatives d'habitations protégées
MSP	Maisons de soins psychiatriques
ONE	Office de la Naissance et de l'Enfance
PMS	Centres Psycho-Médicaux-Sociaux
RPM	Résumé psychiatrique minimum
SSM	Soins de santé mentale
TDAH	Trouble déficit de l'attention/hyperactivité

I INTRODUCTION ET QUESTION

Dans le monde entier, les problèmes de santé mentale sont habituellement diagnostiqués sur la base des catégories de troubles mentaux telles que décrites dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) de l'American Psychiatric Association, ou dans la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM) de l'Organisation mondiale de la Santé, qui contient un chapitre sur les troubles mentaux et comportementaux. La première mouture du DSM remonte à 1952 ; la dernière version – le DSM-5 – a été publiée en 2013. La CIM a quant à elle été présentée initialement en 1893³, et cette classification en est actuellement à sa onzième édition publiée en 2018.

Tant le DSM que la CIM sont des systèmes de classification diagnostique répertoriant des listes de troubles (« trouble dépressif caractérisé », « schizophrénie », etc.) regroupés en ensembles plus larges (« troubles dépressifs », « troubles neurodéveloppementaux », etc.). Chaque trouble est défini d'après des critères d'inclusion et d'exclusion, sur la base desquels un professionnel peut déterminer de quel trouble souffre une personne. Ce processus décisionnel repose sur une liste d'attributs *descriptifs* de chaque trouble : à partir d'un inventaire de symptômes, le clinicien s'attache à déterminer si la personne répond à un nombre suffisant de critères d'inclusion, tout en recherchant des caractéristiques qui excluraient le diagnostic d'un autre trouble particulier.

Les listes de vérification énoncées pour les divers troubles sont un élément central du diagnostic selon le DSM et la CIM. Elles comprennent les symptômes clés, des spécifications sur la durée minimale des plaintes et un passage en revue des autres affections susceptibles de provoquer des symptômes similaires. Au total, le DSM-5 et la CIM-10 distinguent respectivement 347 et 321 troubles mentaux. Le même modèle de critères d'inclusion et d'exclusion est employé pour chacun des troubles répertoriés par le DSM-5 et la CIM-10. Certains troubles sont mutuellement exclusifs ; un diagnostic de trouble dépressif caractérisé exclut ainsi un trouble schizo-affectif. D'autres troubles peuvent au contraire coexister (« comorbidité »), comme lors de la présence simultanée d'un trouble dépressif caractérisé et d'un trouble anxieux généralisé.

Partout dans le monde, le DSM et la CIM servent de base aux statistiques de morbidité ; aux systèmes de remboursement ; au soutien aux décisions d'intervention dans le contexte des soins de santé, de l'éducation et du bien-être ; à la conception de recherches et d'essais ; à la communication et l'enseignement spécifiques aux problèmes de santé mentale.

Le CSS a voulu clarifier et examiner le statut épistémologique du DSM-5, ainsi que son rôle dans l'organisation des soins de santé mentale et son utilisation en pratique clinique. En partant des limites observées dans le DSM-5 (et dans son utilisation), l'objectif de l'avis est d'examiner comment le diagnostic classificatoire pourrait être mis en œuvre dans le processus plus large de clarification des problèmes de santé mentale chez les individus. Sur la base de ces discussions et évaluations, l'objectif est de formuler des recommandations sur la meilleure façon pour le grand public, les cliniciens et les décideurs de traiter le diagnostic des problèmes de santé mentale.

³ <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>

II ELABORATION ET ARGUMENTATION

1 Méthodologie

Après analyse de la demande, le Collège et le président du groupe de travail ont identifié les expertises nécessaires. Sur cette base, un groupe de travail ad hoc a été constitué, en visant à rassembler des expertises aussi variées que possible. Tous les experts du groupe permanent « santé mentale » du CSS ont notamment été invités à participer au groupe. Les expertises en psychiatrie, expertise de vécu, psychologie, sociologie et philosophie sont représentées dans la composition finale du groupe. D'autres experts ont aussi été impliqués mais n'ont pas continué les travaux du groupe jusqu'au bout, ce qui explique la composition finale, qui peut paraître déséquilibrée au niveau linguistique et des orientations théoriques. La participation active de Jean-Louis Feys (secteur professionnel) et Ariane Bazan (monde académique) a cependant permis que les francophones soient représentés. Brenda Froyen a quant à elle représenté les patients. La première réunion a eu lieu le 23 septembre 2016, et la dernière le 5 février 2019. Les experts de ce groupe ont rempli une déclaration générale et ad hoc d'intérêts et la Commission de Déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique, publiée à la fois dans des journaux scientifiques et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière (*peer-reviewed*), ainsi que sur l'opinion des experts.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail (et par le groupe de travail permanent en charge du domaine santé mentale), le Collège a validé l'avis en dernier ressort.

2 Statut épistémologique des troubles mentaux

Comme le rapporte Cooper (2005), de nombreux utilisateurs de systèmes de classification tels que le DSM et la CIM semblent partir du principe que les troubles mentaux sont des *espèces naturelles*. Ils pensent en d'autres mots qu'il existe des types de troubles mentaux de la même manière qu'il existe des types de substances chimiques ou d'espèces d'animaux. Le terme « espèce naturelle » décrit un concept philosophique technique dont la définition varie selon les auteurs ; l'idée générale peut cependant en être aisément comprise en prenant l'exemple traditionnel d'espèce naturelle : l'eau. Tous les échantillons d'eau sont fondamentalement identiques : ils possèdent la même microstructure et se comportent donc de la même façon. En donnant à l'ensemble de cette « matière » le même nom, à savoir « eau », nous mettons le doigt sur une vérité objective sur le monde lui-même. L'équivalence de tous les échantillons d'eau est indépendante de notre point de vue et de nos préférences de classification, nos intérêts financiers, nos pratiques sociales ou nos considérations morales. C'est en ce sens que l'eau est une espèce *naturelle*. Un système de classification parvenant à capturer des espèces naturelles possède une grande valeur épistémique. Nous pouvons prédire comment un échantillon se comportera si nous savons qu'il s'agit d'eau, et nous pouvons expliquer pourquoi il se comporte de la sorte parce que nous connaissons la microstructure de l'eau.

Partir du principe que les désignations des troubles mentaux répertoriés dans le DSM ou la CIM représentent des catégories d'espèces naturelles, c'est sous-entendre que ces désignations sont le reflet de distinctions objectives entre les divers types de problèmes psychiatriques. Si c'était le cas, ces désignations pourraient être utilisées de la même manière que les systèmes de classification d'autres sciences, afin de regrouper naturellement les individus, de formuler des généralisations à leur propos et de prédire et expliquer leurs propriétés. De nombreux psychiatres et philosophes de la psychiatrie soutiennent toutefois qu'il existe d'importantes différences entre des espèces chimiques telles que l'eau et les troubles psychiatriques. Ces différences seraient tellement fondamentales que les systèmes

de classification psychiatrique comme le DSM et la CIM ne devraient être utilisés de la même façon que les systèmes de classification d'autres sciences qu'avec la plus grande prudence. Pour clarifier ces lacunes épistémologiques de la classification des problèmes de santé mentale, nous répertorions ci-après *sept préoccupations*, dont chacune est abordée en s'interrogeant sur l'éventuel statut d'« espèce naturelle » des troubles mentaux.

(1) Premièrement, les membres d'une même espèce naturelle sont censés partager un grand nombre de propriétés communes. En ce sens, les distinctions entre espèces peuvent être « naturelles » plutôt qu'« arbitraires » lorsqu'elles se fondent sur des similitudes réelles entre lesdits membres. Tous les échantillons d'eau ont ainsi de nombreuses propriétés en commun, de sorte qu'il est extrêmement utile de savoir qu'un échantillon de matière est constitué d'eau. En psychiatrie, cela pourrait signifier que les patients ayant reçu un même diagnostic montrent les mêmes symptômes et possèdent des caractéristiques fondamentales communes au niveau biologique, psychologique et du fonctionnement social. La plupart des catégories du DSM et de la CIM ne semblent pas remplir cette condition (Hyman, 2010; Frances, 2013, Vanheule, 2017; Van Os, 2010). Au vu de la grande variabilité de chaque catégorie, il est en effet difficile de formuler des généralisations ou des prédictions fiables sur les personnes prétendument atteintes d'un même trouble.

Le DSM et la CIM appliquent un système *polythétique* pour la plupart des troubles depuis qu'ils ont adopté une approche de listes de vérification, ce qui explique en partie la diversité des personnes recevant un même diagnostic (Nieman, 2016). Une classe polythétique est définie par un large ensemble de critères qui ne sont ni nécessaires ni suffisants pour déterminer l'appartenance à la classe. Chaque membre de la catégorie doit posséder un certain nombre minimal de caractéristiques distinctives, sans qu'aucune de ces caractéristiques ne soit indispensable. Les deux systèmes dressent des profils élargis pour la majorité des troubles, qui permettent de diagnostiquer ceux-ci sur la base de critères parfois très différents en fonction des personnes. Dans le cas du trouble dépressif caractérisé, par exemple, le DSM-5 mentionne neuf caractéristiques cliniques pertinentes. Le trouble dépressif caractérisé peut être diagnostiqué si au moins cinq critères sont satisfaits, sous réserve qu'au moins un des symptômes soit une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir. Il est donc possible que le diagnostic soit basé sur la présence d'une humeur dépressive, d'une perte de poids, d'une insomnie, d'une agitation psychomotrice et d'une fatigue chez un patient, et d'une diminution de l'intérêt pour la plupart des activités quotidiennes, de pensées de mort récurrentes, d'une diminution de l'appétit à se concentrer, d'un sentiment de dévalorisation et d'une hypersomnie chez un autre patient (voir DSM-5, p. 200-201) : un trouble, deux profils symptomatiques totalement différents. Selon la logique du diagnostic polythétique, cette variabilité n'est pas un motif de préoccupation, en raison de « ressemblances de famille » entre différents profils de symptômes : tous les symptômes se rapportent plus ou moins à la même catégorie sous-jacente (Berrios, 1999, 2012). La force du diagnostic polythétique tient à sa capacité à transcender la variabilité en aidant à détecter d'importantes similitudes sous-jacentes, ce qui permet de ranger des patients ayant des profils symptomatiques différents dans une seule catégorie. Revers de la médaille, la diversité est amalgamée dans une catégorie générale, au risque d'être ignorée. La classification polythétique a été fortement critiquée, entre autres par Sutcliffe (1994), qui l'accuse d'incohérence logique.

La question d'une prise en compte plus attentive de la variabilité individuelle entre les cas se pose donc. Dans la mesure où une variabilité substantielle est observée au sein des groupes de personnes censées souffrir du même trouble, l'utilisation d'un diagnostic catégoriel à des fins de prédiction et de prise de décisions thérapeutiques n'offre qu'un intérêt limité par rapport au recueil d'informations individuelles.

(2) Deuxièmement, les distinctions entre types de troubles peuvent être « naturelles » plutôt qu'« arbitraires » lorsqu'elles se fondent sur des différences réelles. En chimie, il est utile de savoir qu'une substance est un métal, parce que les métaux se comportent très différemment

des substances non métalliques. De même, diagnostiquer un type particulier de trouble mental est utile sur le plan épistémique si les problèmes de la personne concernée diffèrent sensiblement de ceux des personnes atteintes d'un autre trouble et, à ce titre, requièrent une prise en charge ou ont des causes différentes. Encore une fois, les catégories du DSM et de la CIM semblent épistémiquement moins pertinentes que les catégories d'espèces naturelles des autres sciences, la spécificité et l'exclusivité des caractéristiques et symptômes fondamentaux étant insuffisantes. De nombreuses catégories diagnostiques ont en commun d'importantes caractéristiques génétiques et neurobiologiques, ce qui impose d'adopter une approche en réseau plus flexible des symptômes et des causes (Kendler, 2016).

Sur le plan descriptif, ce problème concerne également les symptômes au moyen desquels les troubles ont été définis. Le symptôme d'agitation est par exemple associé à plusieurs troubles du DSM-5 qui ne sont en principe pas apparentés, comme le déficit de l'attention/hyperactivité ; le trouble anxieux généralisé ; le trouble bipolaire ; le trouble dépressif caractérisé ; le trouble stress post-traumatique ; l'intoxication à la caféine ; le sevrage au cannabis ; le sevrage aux opiacés ; l'intoxication aux stimulants ; le sevrage tabagique ; le jeu pathologique ; l'akathisie aiguë induite par les médicaments. On peut en conséquence avancer que davantage d'attention devrait être accordée au diagnostic descriptif (et au traitement) basé sur le contexte des symptômes en tant que tels lors de la caractérisation diagnostique clinique des problèmes de santé mentale.

(3) Troisièmement, diagnostiquer un type particulier de trouble mental chez une personne se justifie sur le plan épistémique si cela aide à expliquer les problèmes ou le comportement de la personne en question. En chimie, il est ainsi utile de savoir qu'une substance est de l'eau si nous voulons expliquer pourquoi elle se comporte d'une certaine manière, parce que nous connaissons la microstructure de l'eau. Nous voyons donc qu'une catégorie d'espèce peut également être qualifiée de « naturelle » plutôt qu'« arbitraire » lorsqu'elle fait référence à une cause ou un mécanisme précis responsable des autres caractéristiques associées à l'espèce. Si, au contraire, de nombreux facteurs causaux potentiels sont associés à une espèce, savoir que quelque chose ou quelqu'un appartient à cette dernière pourrait nous fournir certaines informations causales/explicatives, mais celles-ci seront néanmoins moins détaillées qu'en présence d'un facteur causal unique.

Il semblerait que ce soit le cas pour la plupart des catégories diagnostiques du DSM et de la CIM : « Au XIXe siècle et au début du XXe, la mise en évidence d'un facteur étiologique infectieux unique pour la parésie générale des aliénés a fait germer l'idée que d'autres troubles psychiatriques majeurs pourraient être dus à une cause bien précise. Plus d'un siècle de recherches neurobiologiques de plus en plus sophistiquées n'a pas permis de confirmer cette hypothèse » (Kendler et al, 2011, p. 1144) ; et « aucun marqueur génétique ne s'est encore avéré utile pour identifier de manière prospective un quelconque trouble psychiatrique » (Dubovsky, 2016, p. 130). En conséquence, si ces catégories diagnostiques sont susceptibles de fournir des informations sur les facteurs causaux souvent très nombreux d'un certain type de problèmes, elles ne sont pas d'un grand secours pour déterminer les facteurs causaux concrets chez une personne donnée.

Une autre objection importante aux catégories de troubles du DSM et de la CIM est qu'elles donnent lieu à une réification et à ce que Steven Hyman (2010, p. 157), ancien président du National Institute of Mental Health des États-Unis, qualifie de « prison épistémique accidentelle ». Bien que les catégories diagnostiques du DSM soient des regroupements conventionnels de symptômes, comme le précise le chapitre d'introduction du DSM-5, les gens tendent à voir dans les troubles des entités réelles. La réification est par exemple évidente lorsque le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) ou la schizophrénie sont considérés comme des maladies sous-jacentes générant des symptômes caractéristiques, alors que ces termes sont des hyperonymes descriptifs désignant une collection de symptômes constituant des syndromes particuliers. La réification a pour inconvénient

supplémentaire de donner aux troubles psychiatriques le statut d'états quasi matériels qui *causent* les symptômes ; en réalité, ils indiquent seulement qu'un (certain) nombre minimal de symptômes propres à la catégorie a été observé chez un individu. La réification des troubles mentaux est une habitude très répandue chez certains professionnels de la santé mentale, et plus encore chez les non-experts utilisant ces catégories (Hyman, 2010; Nieweg, 2005, Vanheule, 2017).

Les trois objections susmentionnées concernant le caractère plus ou moins « naturel » des catégories du DSM et de la CIM se focalisent sur leur utilité épistémique découlant de leur capacité ou non à identifier des distinctions réelles basées sur des similitudes réelles, des différences réelles et des causes spécifiques. D'autres interprétations du terme « naturel » soulèvent cependant des questions épistémologiques supplémentaires sur le statut d'« espèce naturelle » des troubles psychiatriques.

(4) Quatrièmement, le concept d'espèce naturelle pourrait également faire référence à la supposition que les propriétés distinguées par les catégories psychiatriques ont des causes biologiques, au lieu d'être déterminées par des événements et facteurs interpersonnels, sociaux ou culturels. Cette supposition n'est pas défendable pour les catégories diagnostiques du DSM et de la CIM (Dar-Nimrod & Heine, 2011; Haslam, 2011). Dans le cas des troubles psychiatriques, les composantes contextuelles jouent en effet un important rôle causal. Pour les troubles du spectre de la schizophrénie, il a par exemple été démontré que, même si l'accent est souvent mis sur l'héritabilité, « l'apparition est associée à des facteurs environnementaux tels que des difficultés aux stades précoces de la vie, une enfance passée en milieu urbain, l'appartenance à un groupe minoritaire et l'usage de cannabis, ce qui suggère que l'exposition peut avoir un impact sur le cerveau "social" en développement pendant les périodes sensibles. L'hérédité en tant qu'indice de l'influence génétique pourrait donc n'avoir qu'un pouvoir explicatif limité, à moins qu'elle soit considérée dans le contexte de son interaction avec les effets sociaux » (Van Os et al., 2010, p. 203).

Une focalisation exclusive sur les causes biologiques est par ailleurs trop restrictive, parce qu'elle incite à relativiser la pertinence des interventions psychologiques et axées sur le contexte.

(5) Cinquièmement, on pourrait penser que lorsqu'elles sont catégorielles, les distinctions entre espèces ne peuvent être que « naturelles », puisque dans ce cas, aucune décision subjective ne doit être prise concernant le seuil de diagnostic d'un trouble particulier. De nombreuses espèces chimiques possèdent des démarcations catégorielles de ce type. Pour les catégories diagnostiques du DSM et de la CIM, les démarcations catégorielles entre les personnes ayant une maladie et celles qui en sont indemnes semblent toutefois très rares (Narrow & Kuhl, 2011). La plupart des catégories diagnostiques de ces deux manuels sont pourtant toujours jugées de manière catégorielle. La pertinence, pour un système de classification tel que le DSM, d'utiliser au contraire des critères dimensionnels pour refléter la nature indubitablement dimensionnelle de nombreux troubles psychiatriques, comme c'est déjà le cas pour certains troubles du DSM-5, représente une importante question épistémologique.

Dans le cas de la psychose, Van Os (2016, p. 2) suggère ainsi de renoncer à la construction catégorielle de schizophrénie au profit d'une conception de la maladie basée sur un continuum composite caractérisé par « une hétérogénéité extrême, tant entre individus que chez une même personne, de la psychopathologie, de la réponse au traitement et des résultats obtenus ». Le concept de schizophrénie déclenche une variété de croyances essentialistes fixes chez les professionnels, telles que l'idée que la schizophrénie est un trouble cérébral chronique dont les facteurs de risque sont avant tout génétiques. Les données probantes indiquent au contraire que des facteurs non essentiels, comme l'environnement et

l'expérience de vie, jouent un rôle causal clé dans la pathologie schizophrénique et que celle-ci constitue donc un problème fondamentalement biopsychosocial.

(6) Sixièmement, l'idée que les troubles psychiatriques sont des espèces naturelles est parfois liée à l'hypothèse que leurs critères de diagnostic reposent *uniquement* sur des considérations épistémiques basées sur la connaissance des similitudes et différences réelles et des causes spécifiques (voir points 1-3). De nombreux auteurs avancent au contraire que des considérations sociales, financières et éthiques codéterminent les critères des troubles mentaux (Frances, 2013). Ici aussi, les troubles psychiatriques se distingueraient des espèces naturelles authentiques telles que les substances chimiques. « Il n'y a pas dans la nature de démarcation précise entre anxiété saine et malsaine ou agression saine et malsaine, par exemple ; cette démarcation est établie par des êtres humains vivant et travaillant à une époque et en un lieu précis » (Parens & Johnston, 2011, p. 4). En raison de l'impact crucial des valeurs morales et du caractère social des processus décisionnels, il est très important de connaître l'identité des experts dont l'opinion façonne le jugement diagnostique de l'acceptabilité et de la normalité des comportements.

(7) Septièmement, un dernier facteur distinguant les troubles psychiatriques des espèces naturelles traditionnelles comme les substances chimiques est celui de l'impact exercé par la pratique classificatoire elle-même sur les personnes classées. Tandis qu'être qualifiée d'« eau » n'a aucun effet sur le comportement de l'eau, on ne peut pas en dire autant des problèmes de santé mentale. La description particulière des troubles psychiatriques et l'acte d'attribuer un trouble à un patient pourraient influencer les actions et réflexions de ce patient.

Cette interaction engendre la crainte épistémologique, formulée par Hacking (2006, p. 23), que les patients deviennent des « cibles mouvantes » : « Nous considérons ces types de personnes [c.-à-d. celles ayant reçu un diagnostic] comme appartenant à des classes précises définies par des propriétés précises. En apprenant davantage sur ces propriétés, nous pensons être en mesure de mieux contrôler, aider, changer ou imiter ces personnes. Les choses ne sont toutefois pas aussi simples. Elles constituent des cibles mouvantes, parce que nos évaluations interagissent avec elles et provoquent en elles des changements. Et en raison de ces changements, elles ne sont plus tout à fait le même type de personnes qu'auparavant : la cible s'est déplacée. C'est ce que j'appelle l'"effet de rétroaction" (*looping effect*). » En d'autres termes, la description initialement exacte d'un problème mental peut être invalidée par la suite si la personne change en réaction à la description dont elle est l'objet. Ce phénomène est probablement plus marqué chez les jeunes et les adultes, qui sont capables d'introspection, que chez les enfants en bas âge.

La préoccupation plus générale est toutefois que la description des problèmes psychiatriques dans un manuel de diagnostic n'est pas anodine sur le plan causal. La connaissance de la description associée à un trouble psychiatrique a un effet sur les personnes auxquelles ce trouble est diagnostiqué. Cette préoccupation s'applique probablement aussi au diagnostic dimensionnel. Une objection épistémologique très différente de la précédente se pose donc : dans quelle mesure la connaissance d'un diagnostic basé sur les catégories du DSM ou de la CIM est-elle stigmatisante (Haslam, 2011 ; Kvaale & Haslam, 2016) ou, au contraire, aide-t-elle l'individu à affronter ou à se remettre de ses problèmes ?

Nous venons de passer en revue sept différences distinguant les catégories de troubles psychiatriques figurant dans le DSM et la CIM des « espèces naturelles » plus traditionnelles, comme les substances chimiques. Nous concluons que la classification des maladies psychiatriques suscite de nombreuses critiques épistémologiques liées aux controverses entourant le prédicat d'« espèce naturelle ».

3 Aspects organisationnels liés à l'utilisation de systèmes de classification diagnostique

3.1 Perspectives sociologiques

Il s'agit ici d'étudier l'utilisation des diagnostics psychiatriques tant dans une perspective socio-organisationnelle que du point de vue de la recherche sur la stigmatisation.

3.1.1 *Perspectives socio-organisationnelles*

Les approches sociologiques du rapport entre les systèmes diagnostiques et l'organisation des soins de santé mentale ne considèrent pas l'adoption d'un modèle d'organisation rationnel comme allant de soi. Ce modèle rationnel suppose que les objectifs, les structures et les règles qui pilotent les processus internes et les actes des organisations prestataires de services (comme les institutions de soins de santé mentales (SSM)) sont la traduction logique d'une rationalité technique sous-jacente, scientifiquement fondée. Ainsi, selon un modèle d'organisation rationnel des SSM, les rapports hiérarchiques entre les différents groupes professionnels et les rapports entre professionnels et patients résultent logiquement d'un modèle nosologique sous-jacent catégoriel et biomédical.

La recherche révèle que ce modèle organisationnel rationnel ne procure pas de description précise du fonctionnement effectif de ces institutions (Garrow & Hasenfeld, 2010 ; Scott, 2015). En conséquence, on a vu apparaître quelques perspectives socio-organisationnelles qui ne partent plus du postulat d'une cohésion inhérente entre la structure des organisations (par exemple, la hiérarchie de l'autorité professionnelle), leur culture (par exemple, le modèle nosologique dominant), leur technologie (par exemple, la nature et la teneur des interventions des professionnels et la relation entre le personnel et les patients) et le milieu dans lequel elles opèrent (tel que le cadre institutionnel), mais qui font du rapport entre ces aspects une question empirique. En ce qui concerne la fonction des classifications diagnostiques psychiatriques dans les SSM, ces perspectives s'intéressent tant aux causes qu'aux conséquences organisationnelles de la prédominance de ce courant biomédical. La notion de légitimité est au cœur de chacune de ces approches. On constate également que les organisations de services tentent de réduire l'incertitude concernant le flux entrant de moyens, de personnel et de patients en veillant à la légitimité de leur structure organisationnelle, de l'idéologie sous-jacente à leur organisation et des résultats de leurs interventions (Ruef & Scott, 1998). Le recours à des classifications diagnostiques catégorielles dans les SSM peut être considéré sous l'angle de ces processus de légitimation et de réduction de l'incertitude (Manning, 2000 ; Mirowsky & Ross, 1989).

D'un point de vue sociologique, on considère l'usage de systèmes diagnostiques comme une forme d'habitude ritualisée qui en dit autant sur le groupe qui pose le diagnostic que sur l'individu qui reçoit le diagnostic. Ils servent à légitimer des façons d'agir dans la société et, en ce sens, ils s'inscrivent dans le cadre d'une lutte de pouvoir entre divers acteurs.

Ces processus se manifestent au niveau de l'organisation des services, au niveau de la coopération régionale entre les organisations de services ou au niveau institutionnel supérieur. En conséquence, différentes théories des organisations contribuent à la pensée sociologique sur la place du diagnostic dans l'organisation des SSM : la théorie de la contingence, l'étude des relations interorganisationnelles et l'approche (néo-) institutionnelle (Garrow & Hasenfeld, 2010).

1) La théorie de la contingence pose que les organisations de services de SSM recherchent une harmonie optimale entre leur environnement, leur structure (notamment le degré de différenciation et la composition de l'effectif du personnel) et leur technologie (l'application clinique des connaissances en psychiatrie). Cette harmonie optimale accroît leurs chances de

survie. Une idée essentielle de l'approche par les facteurs de contingence dit qu'il n'existe pas un type idéal d'organisation tel qu'un modèle d'organisation rationnel le suggère, mais que la nature de l'environnement détermine le type d'organisation optimal. Les aspects importants de l'environnement ont trait au flux entrant de moyens financiers et de patients. Celui-ci varie entre un état stable et homogène et un état turbulent et hétérogène. Un afflux stable et homogène de moyens et de patients amène les organisations de services à normaliser leurs services et leur structure, à les centraliser et à les formaliser. Un afflux instable et hétérogène conduit à une différenciation des services et des structures et à une prise de décision plus décentralisée (interdisciplinaire, par exemple) (Garrow & Hasenfeld, 2010).

Le rapport entre la nature de l'environnement et la structure/technologie de l'organisation se caractérise par une forte interaction. Une fois que les organisations se sont établies, qu'elles présentent une certaine structure organisationnelle et qu'elles se sont approprié une technologie, elles tentent de les conserver. Ainsi, les hôpitaux psychiatriques présentent une structure différenciée en unités axées sur le traitement de personnes atteintes de problèmes psychiques, et une technologie ou pratique clinique fondée sur un modèle biomédical de maladie psychiatrique. Ensuite, les organisations de services en SSM essaieront de s'assurer un afflux constant et, de préférence, homogène, de moyens et de patients en rehaussant ou en préservant la légitimité de leur structure et de leur technologie, notamment.

La classification diagnostique psychiatrique soutient ce processus de légitimation.

De plus, les organisations de services en SSM sont confrontées aux problèmes très complexes de leurs patients, en particulier lorsqu'il s'agit de problèmes psychiques graves. Dans ce contexte, il peut être difficile d'obtenir des résultats reproductibles. De ce fait, l'accent est mis sur un ajustement des pratiques orienté sur les processus plutôt que sur les résultats. Les classifications diagnostiques psychiatriques soutiennent ces procédures parfois ritualisées de classification et de traitement. Ce faisant, les acteurs des SSM tentent d'obtenir une reproductibilité dans une pratique d'ordinaire très difficilement reproductible.

L'attrait que la pratique de la classification diagnostique psychiatrique continue d'exercer sur les institutions des SSM en dépit de sa très faible valeur pronostique est un indice de son caractère ritualisé.

L'approche par les facteurs de contingence confirme par ailleurs que différentes composantes des organisations de services telles que les unités de soins et l'administration/la direction opèrent dans des environnements différents et édifient dès lors des structures organisationnelles différentes telles qu'une organisation professionnelle décentralisée (interdisciplinaire) dans les services thérapeutiques et une organisation bureaucratique hiérarchique dans l'administration (Scheid & Greenberg, 2007 ; Scott, 1985a).

Les deux autres perspectives sont complémentaires de cette approche, mais considèrent la quête de légitimation et la recherche d'un flux prévisible de moyens et de patients sous l'angle de l'environnement des organisations de services : l'étude des relations interorganisationnelles met l'accent sur les modalités d'intégration des institutions dans des réseaux régionaux de services de SSM et de soins de santé tandis que l'approche (néo-) institutionnelle se focalise surtout sur la politique dominante, la réglementation ou le cadre institutionnel.

2) L'attention accordée à l'étude des réseaux régionaux de relations interorganisationnelles est la conséquence de la désinstitutionnalisation des SSM (Lorant et al., 2017 ; Nicaise et al., 2014) et de la nature extrêmement complexe des besoins de leur groupe-cible. De ce fait, les SSM et les secteurs voisins se caractérisent par une prolifération de services supposés coopérer afin de pourvoir à ces besoins de soins et de soutien (Provan & Milward, 1995). L'évolution qui mène des hôpitaux psychiatriques à des réseaux régionaux de diverses

organisations de services a des implications pour les processus précités de légitimation et d'acquisition de moyens. Les premiers nommés possèdent une structure bureaucratique et hiérarchique professionnelle dominée par la psychiatrie comme discipline médicale. Les réseaux régionaux de services sont des organes de coopération plus ou moins intégrés entre organisations de services. Les institutions se trouvent, là aussi, dans une relation hiérarchique. Toutefois, cette dernière est plus volatile et dépendante de la position de force des institutions au sein du réseau de relations interorganisationnelles. Cette position de force est à son tour liée au contrôle que les institutions détiennent sur le flux de patients, à leur contrôle sur les moyens financiers et humains. Leur degré d'affinité avec des groupes professionnels influents et leurs modèles nosologiques biomédicaux est aussi d'une importance extrême. Dans les SSM belges, les hôpitaux figurent au sommet de la hiérarchie pour toutes les raisons citées. Plus récemment, nous avons vu émerger la notion de rétablissement comme paradigme alternatif.

Les organisations de services en SSM utilisent ces moyens de pression dans une lutte permanente pour obtenir la maîtrise des patients (souhaités, car soignables) et le droit de proposer leurs services.

Les organisations de services de SSM occupant une position plus subalterne dans ces réseaux régionaux essaient de coopérer avec leurs pendants plus centraux. Se forment ainsi des organes de coopération hiérarchiques qui font en sorte que les modèles catégoriels de maladies psychiatriques et le paradigme biomédical exercent une influence bien au-delà des murs des établissements psychiatriques. Les systèmes de classification diagnostique psychiatrique légitiment et soutiennent ainsi les rapports de force régionaux entre institutions et groupes professionnels. Quand la psychiatrie, en tant que profession médicale, s'identifie à une approche fortement biomédicale et aux institutions propageant cette approche, le dialogue avec d'autres approches et la coopération avec des organisations qui, par exemple, centrent leur démarche sur la perspective susmentionnée du rétablissement s'en trouvent compliqués.

3) Le néo-institutionnalisme prête aussi une attention systématique à l'environnement dans lequel les institutions de SSM opèrent, et à la façon dont il détermine leur fonctionnement. Il se focalise sur leur relation avec l'autorité en tant qu'institution réglementaire et sur l'impact d'idées dominantes auprès d'instances politiques quant à la façon dont les soins doivent être organisés et quant aux modifications en la matière.

Les institutions de SSM éprouvent des difficultés à démontrer l'efficacité de leurs interventions (Hasenfeld, 2009). Comme les connaissances sur les causes des problèmes de leurs patients et sur leur traitement efficace sont d'ordinaire limitées et contestées, des directeurs et professionnels s'appuient sur des perspectives et convictions ambiguës et souvent contradictoires pour décider du traitement des patients souffrant de troubles en santé mentale (Hasenfeld, 1985, 2009 ; Kirk & Kutchins, 1992). Certaines institutions, comme les hôpitaux psychiatriques, parviennent à garder leurs modèles, leurs idéologies et leurs pratiques thérapeutiques à l'abri de ces complexes débats externes sur l'adéquation des traitements et des interventions. Ils réussissent par conséquent à présenter leur technologie thérapeutique comme enracinée dans un corpus univoque et rationnel de connaissances scientifiques telles que l'approche psychiatrique biomédicale. La plupart des institutions de SSM sont cependant confrontées en permanence à la volatilité des idées qu'ont les instances de financement public, les organismes d'accréditation, les groupes professionnels et d'autres groupements d'intérêts de ce que sont les traitements/interventions adéquats et les structures organisationnelles associées, et elles font face au défi de s'adapter constamment à ce contexte institutionnel évolutif et de s'assurer l'afflux indispensable de moyens. Elles le font en évitant d'établir un lien strict entre leurs pratiques thérapeutiques réelles et leurs idées sur les pratiques thérapeutiques adéquates. Par exemple, le recours aux étiquettes diagnostiques en SSM ne déterminera que dans une faible mesure la nature des interventions réelles de

thérapeutes (Kirk & Kutchins, 1992). L'approche institutionnelle pointe dès lors l'organisation interne très lâche des organisations de services en SSM (Scott, 1985a, 1985b). Leurs pratiques thérapeutiques réelles de routine et les structures organisationnelles associées possèdent une dynamique plus ou moins dissociée des idéologies ou « mythes rationnels » (Meyer & Rowan 1977) ou des systèmes de croyances partagées sur les formes adéquates et souhaitées de traitement (D'Aunno et al., 1991) qui font office de justification de leurs actions. Ces deux pôles n'étant que faiblement liés, ces institutions peuvent continuer à agir dans un environnement caractérisé par des idées changeantes sur ce que sont des soins adéquats et de qualité.

Les organisations tentent de s'assurer un afflux de moyens, ce qui entraîne un découplage entre idéologie et pratiques. Les idées évoluent, mais les organisations gardent souvent leur ancienne manière de faire. Par exemple, les autorités stimulent les idées neuves telles que le concept de rétablissement et la coopération régionale en SSM. Les dispositifs du secteur adoptent ces perspectives tout en conservant leurs pratiques routinières. Si cette pression institutionnelle poussant à s'adapter à des normes sur les modalités de structuration et de fonctionnement des organisations est surtout ressentie par la direction des organisations, il en résulte un découplage entre les unités opérationnelles et les unités managériales des organisations de services (Boxenbaum & Jonsson, 2017). Un découplage marqué apparaît entre ceux qui déterminent la politique, et ceux qui posent les actes concrets.

Ainsi qu'on l'a déjà dit, tous les établissements ne sont pas égaux face à cette pression institutionnelle. Les hôpitaux parviennent à protéger leurs pratiques entre autres en présentant leur technologie thérapeutique comme enracinée dans un corpus univoque et rationnel de connaissances scientifiques tel que l'approche psychiatrique biomédicale, ce qui fait qu'elle n'est pas contestée.

L'approche institutionnelle insiste sur la distinction entre les règles de nature technique concernant un traitement adéquat et les procédures thérapeutiques institutionnalisées lorsque l'observance des règles techniques devient une fin en soi (Hasenfeld, 1985). Ces pratiques et idéologies thérapeutiques ritualisées sont ensuite légitimées par la référence à un modèle scientifique rationnel sous-jacent, (Meyer & Rowan, 1977) tenant lieu de légitimation. Se pose dès lors la question de la fonction des classifications diagnostiques psychiatriques dans des SSM actuellement en pleine mutation (désinstitutionnalisation).

3.1.2 *Diagnostic et stigmatisation*

Le recours aux classifications psychiatriques est également cité dans la littérature sociologique consacrée à la stigmatisation. Le recours aux classifications des diagnostics psychiatriques a, dès le début, été dans le viseur de l'étude sur la stigmatisation. En réaction à cette tournure biomédicale en psychiatrie, cette attitude critique s'est encore davantage caractérisée par une orientation croissante sur les sciences du cerveau à partir des années 1970 (Pilgrim & Rogers, 2005). Un courant critique de psychiatres et de sociologues a alors examiné la base institutionnelle de cette prédominance croissante du modèle catégoriel des maladies (Mayes & Horwitz, 2005; Pilgrim, 2007).

L'étude menée parmi la population générale s'est également penchée sur la distribution des stéréotypes négatifs envers les personnes présentant des troubles psychiques ou celles recherchant une aide professionnelle en la matière et sur l'attitude stigmatisante envers ces dernières. Cette étude considère cette stigmatisation comme un obstacle dans la recherche ponctuelle d'une aide professionnelle (Clement et al., 2015), notamment en raison d'un manque de connaissances sur les prétendues causes des troubles psychiques (Gulliver et al., 2010). De plus, la stigmatisation s'accompagne généralement d'une discrimination, notamment dans les domaines de l'emploi et du logement, ce qui complique le processus de guérison (Wahl, 2012). Dès lors, le problème est souvent recherché en dehors des SSM.

Les SSM sont également considérés comme étant victimes de stigmatisation. Les perceptions, parmi la population générale, des maladies mentales et de l'organisation des SSM sont excessivement déterminantes en la matière. De nombreux citoyens entretiennent une image négative des SSM, notamment alimentée par les informations distillées dans les médias. À tort, selon les intervenants professionnels. Mais, de nouveau, le problème de la stigmatisation et, en l'occurrence, de la stigmatisation de la prestation de services (stigmatisation du service), est réduit à un problème afférent à une population civile ignorante ou mal informée.

Dans les deux cas, peu d'attention est consacrée au fait que les SSM et, plus spécifiquement, l'approche biomédicale, catégorielle classique contribue au problème. L'étude menée tant parmi la population générale que parmi les personnes ayant recours au SSM, atteste que tel est le cas.

Premièrement, l'hypothèse selon laquelle une population qui fait sienne une perspective biomédicale des maladies mentales, renoncera à ses préjugés à l'égard des personnes souffrant de problèmes psychiques et à l'égard des soins de santé mentale, semble erronée. Cette hypothèse est à l'origine de nombreuses campagnes de promotion des soins de santé mentale et de lutte contre la stigmatisation, mais différentes études attestent que les citoyens adoptant une perspective et un discours biomédicaux intensifient généralement leur stigmatisation (Corrigan & Watson, 2004). De plus, cette supposition, selon laquelle des troubles psychiatriques trouvent d'abord leur origine dans la génétique ou résultent d'une maladie cérébrale et nécessitent donc un traitement pharmacologique, a gagné en importance au cours des 15 dernières années, du moins en Allemagne (Angermeyer & Matschinger, 2005). Mais cela ne semble pas réduire une attitude stéréotypée et stigmatisante. Au contraire, les études démontrent que ces suppositions et l'adoption des hypothèses relatives à l'étude des tissus cérébraux, stimulent une pensée essentialisante, engendrant un fort accent sur le nous-eux (Pattyn et al., 2013).

De plus, cette orientation biomédicale semble également entraver, parmi les intervenants professionnels, l'hypothèse d'une perspective de guérison (Kram-Fernandez, 2018). La tendance à considérer l'environnement de vie et le paysage émotionnel de leurs clients à partir d'une perspective catégorielle de diagnostic renforce le sentiment de stigmatisation parmi les patients des institutions psychiatriques (Sercu & Bracke, 2017). Ces sentiments de stigmatisation entravent le processus de guérison des patients (Verhaeghe & Bracke, 2012).

3.2 De l'utilisation du diagnostic psychiatrique en Belgique

3.2.1 *Utilisation dans les soins*

La façon exacte dont les systèmes de classification psychiatrique sont utilisés dans les soins n'est pas immuable. La réglementation mise en avant à cet égard par différentes autorités a valeur d'orientation pour cette utilisation. Or, cette réglementation évolue dans le temps. Néanmoins, il n'est pas inutile de voir au travers d'un instantané dans quelle mesure les pouvoirs publics donnent des orientations. Cela permettra ensuite de déterminer jusqu'à quel point les idées de la présente note sur l'utilisation clinique du diagnostic devront être effectivement mises en œuvre dans la pratique.

Voici un état des lieux en janvier 2019.

Services psychiatriques en milieu hospitalier

Un diagnostic selon les catégories du DSM fait partie du résumé psychiatrique minimum (RPM) au moment de l'admission, lors d'un changement de service et à la sortie du patient dans les hôpitaux psychiatriques et services psychiatriques d'hôpitaux généraux.

Les normes sur les services hospitaliers psychiatriques A/T/K ne disent rien sur les éléments diagnostiques des patients soignés. Pour certains d'entre eux nécessitant un suivi, une posture est possible à titre de prestation complémentaire dans le financement de l'INAMI. Le formulaire de demande ne fait pas mention de codes diagnostiques. Mais, pour les patients répondant à certains codes du DSM-IV, il est possible de demander une prolongation unique de 12 mois.

Initiatives d'habitations protégées, maisons de soins psychiatriques et conventions de revalidation en SSM

Les initiatives d'habitations protégées (IHP), les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les conventions de revalidation nées dans le giron de l'INAMI relèvent entièrement de la compétence des Régions depuis le 1^{er} janvier 2019.

En matière d'accès aux soins, le décret flamand du 6 juillet 2018 (décret relatif à la reprise) stipule qu'une MSP ou une IHP s'adresse « au groupe-cible d'adultes et de personnes âgées souffrant de graves problèmes psychiatriques de longue durée (+ d'autres critères) ». Il n'est pas fait mention d'une classification psychiatrique. Or, sur les formulaires de demande d'intervention, il est explicitement prévu dans le volet médical destiné à la mutualité (et en vue de potentiels contrôles *a posteriori* effectués par la Commission des caisses d'assurance) que le médecin coordinateur de l'IHP et le médecin coordinateur et traitant de la MSP renseignent des codes du DSM-5 sur ce même formulaire. Dans le cadre de la poursuite du Résumé Psychiatrique Minimum fédéral, il est demandé aux IHP et aux MSP de communiquer annuellement à l'Agence Soins et Santé des données sur les patients qui y sont soignés. Il en va de même du « diagnostic psychiatrique multiaxial » à l'admission et à la sortie. Dans la pratique, il s'agit des codes du DMS-IV portés sur les 5 axes. Depuis le 01/01/2019, les conventions de revalidation en SSM relèvent entièrement, elles aussi, de la compétence des Régions. En Flandre, des codes de classification diagnostique tirés du DSM ou du CD sont demandés dans le volet médical de la demande d'intervention. Dans le cadre de la convention concernant les centres de rééducation ambulatoire des enfants, il est demandé d'établir une classification selon l'ICD-10.

Pour la Région wallonne un protocole d'accord à partir du 1^{er} janvier 2019 a été signé par les autorités fédérales et les entités fédérées en octobre 2016. Celui-ci visait à rendre obligatoire la mise en œuvre d'une nouvelle version du résumé psychiatrique minimum au travers d'un enregistrement transversal entre les hôpitaux, les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitation protégées, les services de santé mentale et les conventions de réhabilitation. A ce jour, la mise en œuvre de ce protocole d'accord n'a fait l'objet d'aucune réalisation opérationnelle concrète tant au niveau fédéral qu'au sein de l'entité wallonne. Nous ignorons si cette nouvelle version du RPM sera mise en œuvre.

Aide à la jeunesse et soins aux handicapés

En Flandre, une distinction est opérée entre l'aide à la jeunesse directement accessible et l'aide à la jeunesse non directement accessible. Si une aide non directement accessible doit être attribuée, il faut une classification selon le DSM dans le parcours d'indication en cas de suspicion d'un problème SSM ou d'un handicap. C'est une partie du document de notification. Ce diagnostic/cette indication est souvent posé(e) par une équipe multidisciplinaire agréée. Il en va de même (dans le cadre du décret M ou « Inclusion ») pour les renvois à l'enseignement spécialisé et, en partie, pour la demande de soutien supplémentaire au sein de l'enseignement

ordinaire (dans le cadre du nouveau modèle de soutien, anciennement enseignement inclusif (ION) ou intégré (GON)). Bien que le secteur relevant du CLB (centre flamand d'encadrement des élèves) attache une grande importance au travail orienté sur l'action, les protocoles diagnostiques de Prodiagnostiek qu'il utilise font référence de manière répétée au DSM-5. Il est toutefois clair qu'aucun de ces secteurs ne se limite à des diagnostics à visée purement classifiante et que l'on insiste fortement sur l'importance du diagnostic orienté sur l'action thérapeutique. Celui-ci vise à établir un profil de fonctionnement individuel englobant tant les qualités que les vulnérabilités de l'enfant ou de l'adolescent comme de son entourage, à avancer des explications à des problèmes qui se posent dans la vie de tous les jours, et à définir dans la foulée des indications en vue d'un soutien et d'un traitement individualisés.

Egalement en Wallonie, il y a de nombreuses organisations et organismes qui s'occupent de l'aide et des soins à la jeunesse. Si on se limite à ceux qui relèvent de l'autorité régionale et communautaire, on pourrait différencier les services dépendant de l'Aviq (Agence pour une Vie de Qualité), ceux dépendant de l'Aide à la jeunesse ou de l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) et les PMS (Centres Psycho-Médicaux-Sociaux) et écoles spécialisées. Pour les services dépendant de l'AVIQ un rapport multidisciplinaire avec diagnostic pour entrer est obligatoire, mais un diagnostic DSM ou ICD n'est pas demandé. Aucun diagnostic n'est requis pour les services d'Aide à la jeunesse et de l'ONE. Pour être suivi en SSM (Service de Santé Mentale), actuellement, aucun diagnostic n'est demandé mais à l'avenir ; il est question qu'un RPM (résumé psychiatrique minimum) avec diagnostic soit exigé. Pour pouvoir être inscrit dans une école spécialisée, un rapport pluridisciplinaire est exigé mais un diagnostic DSM n'est pas explicitement demandé. L'enseignement spécialisé distingue plusieurs types et pour distinguer ces types, un rapport est demandé mais un diagnostic psychiatrique ou un diagnostic DSM n'est pas exigé. Aucun diagnostic n'est nécessaire pour un suivi en Centre PMS.

3.2.2 *Perspectives politiques*

Pour se faire une idée de la vision politique actuelle de l'utilisation du DSM et des systèmes de classification apparentés, le groupe de travail s'est concerté avec M. Harmen Lecok, conseiller SSM de Mme De Block, ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique.

Le monde politique perçoit les limites de l'usage des systèmes de classification psychiatrique. Il reconnaît l'importance d'un glissement vers une réflexion en termes de besoin de soutien, de besoins en soins et d'approches plus transdiagnostiques qui ne mettent pas tant l'accent sur des catégories diagnostiques distinctes que sur des processus et dynamiques plus larges transcendant des troubles spécifiques. Il souhaiterait voir cela couplé à un glissement vers une action plus orientée sur le rétablissement, vers la socialisation et le démantèlement de lits résidentiels.

3.2.3 *Conclusion*

En Belgique, les divers pouvoirs adoptent une attitude modérément dirigiste quant à l'usage de systèmes de classification psychiatrique comme le DSM et l'ICD dans des situations de diagnostic clinique. Le cadre légal laisse tant aux intervenants pris individuellement qu'aux organisations de soins une grande marge de liberté concernant le recours ou pas à ces systèmes. Les autorités ciblent surtout une utilisation en fonction des finalités d'enregistrement, l'objectif principal semblant être la possibilité de se faire une idée des types de problèmes psychiatriques au niveau de la population.

4 Utilisation clinique du diagnostic psychiatrique

4.1 Observations concernant le diagnostic psychiatrique contemporain

Bien qu'hétérogène, la pratique contemporaine du diagnostic clinique est largement dominée par le DSM-IV (et dans un avenir proche le DSM5) et la CIM-10. Ils ont initialement été mis sur pied à des fins épidémiologiques et d'élaboration de politiques, mais depuis les années 1980, en particulier, ces manuels régissent dans une grande mesure la pratique du diagnostic clinique. Aujourd'hui, de nombreuses personnes considèrent que poser le diagnostic consiste à sélectionner la catégorie classificatoire correcte, comme « schizophrénie » ou « trouble dépressif caractérisé ».

Dans la pratique clinique, une telle caractérisation classificatoire est souvent complétée par les résultats de tests psychologiques standardisés et des notes spécifiques au cas, qui sont également le reflet de l'environnement de travail du clinicien, de sa formation professionnelle et de ses bases théoriques. Ceci pourrait donner lieu à une formulation de cas individualisée. L'utilisation de la formulation de cas est d'ailleurs recommandée par le DSM depuis les années 1980. Voici ce qu'en dit le DSM-5 (p. 21) : « La formulation de cas clinique, pour tout patient, doit comprendre un résumé attentif de l'histoire clinique ainsi qu'un résumé concis des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques qui ont pu contribuer au développement d'un trouble mental donné. » La prise en compte de ces informations doit permettre au clinicien de se faire une idée nuancée des problèmes ou symptômes dont l'individu est affecté, ce qui devrait en définitive déboucher sur une intervention clinique équilibrée : « Le but fondamental de la formulation de cas clinique est d'utiliser toute l'information contextuelle et diagnostique disponible en vue d'élaborer une stratégie thérapeutique complète qui tienne compte du contexte social et culturel de l'individu. » (DSM-5, p. 21).

Néanmoins, comme le remarque Nancy Andreasen (2001, p. 674), ex-rédactrice en chef de l'*American Journal of Psychiatry* : « Bon nombre d'entre nous sont assaillis d'injonctions à interroger les patients et à poser le diagnostic aussi rapidement que possible, voire à se débarrasser, sous prétexte d'"anachronisme" et d'"inefficacité", de nos registres narratifs qui synthétisent la maladie présente et les antécédents, pour les remplacer par des listes de vérification de critères diagnostiques et des systèmes de notation des symptômes. » Trop souvent, le diagnostic se réduit à cataloguer les symptômes ; dans ce contexte, les activités chronophages, dont une formulation de cas clinique attentive, n'ont plus leur place dans l'emploi du temps du clinicien. Cet usage réductionniste de la classification psychiatrique n'est pas combattu par les manuels DSM et CIM, qui se contentent de définir les caractéristiques distinctives de divers troubles.

D'un autre côté, cet emploi « réductionniste » des systèmes de classification psychiatrique pourrait être jugé largement inoffensif si la recherche démontrait la validité, la fiabilité, le pouvoir prédictif et la valeur d'usage pragmatique des catégories de classification communes. Ce n'est malheureusement pas le cas.

Nous examinons ci-dessous trois problèmes fondamentaux de la valeur d'usage clinique du diagnostic basé sur les systèmes de classification.

4.2 Problèmes de fiabilité des systèmes de classification psychiatrique

Le premier problème tient à l'utilisation fiable de ces systèmes de classification. Le DSM et la CIM sont en grande partie le fruit d'une volonté d'assurer une prise de décisions diagnostiques sans ambiguïté basée sur des listes de vérification répertoriant les caractéristiques pertinentes pour chaque trouble décrit dans les ouvrages. Depuis le DSM-III, les publications consacrées au diagnostic ont pour habitude de rendre hommage à l'effort héroïque livré par de nombreux experts pour en améliorer la fiabilité dans le domaine psychiatrique. Le DSM-5

ne fait pas exception, déclarant que « le DSM a permis de faire des progrès considérables dans la fiabilité diagnostique » (p. 2). Les recherches analysant les enquêtes sur le terrain du DSM-5 démontrent pourtant qu'il n'en est rien (Vanheule et al., 2014).

La fiabilité entre évaluateurs de 27 des 347 catégories diagnostiques du DSM-5 a été testée dans les enquêtes sur le terrain étayant ce manuel (Clarke et al., 2013 ; Regier et al., 2013). 286 cliniciens compétents regroupés en paires ont évalué 1466 patients adultes et 616 patients pédiatriques dans ce qui constitue la plus grande étude jamais réalisée sur la fiabilité entre évaluateurs en psychiatrie. La fiabilité a été évaluée au moyen de coefficients kappa intraclasse, qui reflètent « la différence entre les probabilités que le second évaluateur diagnostique un trouble lorsque le premier évaluateur a diagnostiqué ou n'a pas diagnostiqué ce trouble » (Clarke et al., 2013, p. 47). Des coefficients kappa exacts ont pu être calculés pour 15 troubles chez les adultes et huit troubles chez les enfants. Sur la base des seuils de kappa 2013, l'enquête sur le terrain du DSM-5 a observé chez les adultes une très bonne fiabilité pour trois troubles (troubles stress post-traumatique : $\kappa = 0,67$, trouble somatique complexe : $\kappa = 0,61$, trouble neurocognitif majeur : $\kappa = 0,78$) ; une bonne fiabilité pour sept troubles (dont schizophrénie : $\kappa = 0,46$, trouble de l'usage de l'alcool : $\kappa = 0,40$, personnalité borderline : $\kappa = 0,54$) ; une fiabilité douteuse pour quatre troubles (dont trouble dépressif caractérisé : $\kappa = 0,28$, trouble anxieux généralisé : $\kappa = 0,20$, personnalité antisociale : $\kappa = 0,21$) ; et une fiabilité inacceptable pour un trouble (trouble anxieux-dépressif mixte : $\kappa = 0,00$), qui a finalement été exclu du manuel DSM-5. Dans l'échantillon pédiatrique, une très bonne fiabilité a été observée pour deux catégories diagnostiques (troubles du spectre de l'autisme : $\kappa = 0,69$, TDAH : $\kappa = 0,61$) ; une bonne fiabilité pour deux affections (trouble de l'alimentation avec restriction ou évitement : $\kappa = 0,48$, trouble oppositionnel avec provocation : $\kappa = 0,40$) ; une fiabilité douteuse pour deux catégories (trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle : $\kappa = 0,25$, trouble dépressif caractérisé : $\kappa = 0,28$) ; et une fiabilité inacceptable pour un trouble (trouble anxieux-dépressif mixte : $\kappa = 0,05$). Cette enquête sur le terrain a permis d'estimer la fiabilité pour *certain*s troubles, mais la majorité des catégories diagnostiques du DSM-5 n'ont fait l'objet d'aucun test : des coefficients kappa n'ont pu être calculés que pour 20 des 347 catégories de troubles du manuel (6 %). En outre, une fiabilité bonne ou très bonne n'a été mise en évidence que pour 14 de ces 20 catégories, ce qui signifie qu'une fiabilité suffisante est avérée pour à peine 4 % des catégories du DSM-5. La démonstration par les enquêtes sur le terrain que deux affections évaluées sur trois présentaient un coefficient kappa satisfaisant ne permet pas de conclure qu'il en va de même pour toutes les autres catégories du DSM-5 (94 % du manuel). Il est possible que ces catégories soient fiables, mais elles n'ont pour l'heure pas été étudiées suffisamment en détail.

Une comparaison des enquêtes sur le terrain du DSM-5 avec les études antérieures au DSM-III (Spitzer & Fleiss, 1974) indique que les données de fiabilité de 2013 n'étaient *pas meilleures* que celles observées en 1974, les valeurs étant équivalentes aux deux époques (Vanheule et al., 2014). Si certains troubles sont aujourd'hui diagnostiqués de façon plus fiable (p. ex., réaction psychophysiologique/trouble somatique complexe), le contraire est vrai pour d'autres affections (p. ex., alcoolisme/trouble de l'usage de l'alcool). Le diagnostic des troubles de l'humeur/affectifs reste par ailleurs très problématique.

Ce manque général de fiabilité s'explique entre autres par la présence fréquente de symptômes communs à différents troubles de plusieurs catégories, ce qui empêche de poser un diagnostic précis et/ou aboutit à l'attribution de plusieurs diagnostics à un même patient. Le diagnostic a en outre tendance à évoluer avec le temps, même si le fonctionnement observé reste relativement stable, en particulier chez les personnes ayant des problèmes de santé mentale persistants.

4.3 Problèmes de précision des systèmes de classification psychiatrique

Un deuxième problème est celui de la précision diagnostique des catégories du DSM et de la CIM. Le diagnostic psychiatrique est censé nous donner une idée précise des symptômes centraux, du besoin de prise en charge et du pronostic, en fournissant des informations fiables et précises sur les interventions et l'évolution de la maladie. Les données probantes indiquent toutefois qu'une telle précision est absente des catégories diagnostiques du DSM et de la CIM.

Les catégories diagnostiques en psychiatrie sont différentes de celles employées en pneumologie ou en médecine interne, par exemple, où une épreuve biologique suffit parfois à déterminer la présence ou l'absence d'une maladie, ou simplifiée à tout le moins la prise des décisions cliniques. Aucune épreuve biologique de ce type n'est disponible pour les catégories diagnostiques du DSM. Conséquence préoccupante, des patients peuvent recevoir un diagnostic psychiatrique et un traitement médicamenteux sur la base d'une interprétation subjective par le clinicien des critères vagues d'un système de classification polythétique douteux. Si une pharmacothérapie est effectivement parfois nécessaire, on constate aujourd'hui que certains cliniciens la prescrivent pour faciliter la tâche de l'entourage du patient, en profitant de la grande latitude d'interprétation des critères du DSM (Nieman, 2016).

Des données probantes indiquent qu'à l'heure actuelle, de trop nombreuses personnes – et en particulier des enfants – vivent avec une étiquette d'un diagnostic DSM ou de la CIM. Il est probable que le processus d'étiquetage soit fortement influencé par des facteurs personnels et des variables contextuelles. Une étude de l'université de la Colombie-Britannique (UBC) portant sur les dossiers médicaux de 937 943 enfants canadiens a, par exemple, montré que les enfants les plus jeunes de leur classe ont une probabilité significativement supérieure de recevoir un diagnostic de TDAH – et donc un traitement médicamenteux – que les autres enfants de la même année (Morrow et al., 2012). En Colombie-Britannique, où l'âge d'entrée à l'école est déterminé sur base de l'année civile, les enfants nés en décembre avaient une probabilité accrue de 39 % de faire l'objet d'un diagnostic de TDAH et de 48 % de recevoir un traitement médicamenteux par rapport aux enfants de leur classe nés en janvier, c.-à-d. 11 mois plus tôt. L'écart d'âge entre élèves d'une même année crée ce que les chercheurs appellent un « effet d'âge relatif » : les enfants comparativement plus jeunes d'une même cohorte d'âge sont désavantagés dans les activités scolaires et sportives. Les enfants plus jeunes d'une classe peuvent recevoir un diagnostic de TDAH simplement parce qu'ils sont plus immatures. Kayal et al. (2017) ont récemment reproduit ces résultats dans une étude détaillée.

Le risque est donc de médicaliser une série de problématiques qui ne devraient pas l'être. Les problèmes de médicalisation surviennent lorsque des catégories diagnostiques psychiatriques sont utilisées pour décrire une série de plaintes de santé mentale dans une population générale (Horwitz 2002).

4.4 Problèmes de validité des systèmes de classification psychiatrique

Le troisième problème se rapporte à la validité des catégories de troubles du DSM : la recherche psychologique et psychiatrique fondamentale ne corrobore pas les critères diagnostiques des listes de vérification de bon nombre de ces catégories. Elle remet donc en question la pertinence de ces catégories. Pour être valide, il est nécessaire qu'une catégorie de troubles soit fiable. La fiabilité satisfaisante d'une catégorie n'en garantit cependant pas la validité. Dans une analyse des critères du trouble du stress post-traumatique, Rosen & Lilienfeld (2008) concluent par exemple que « la quasi-totalité des hypothèses de base et des mécanismes supposés est dépourvue de fondements empiriques convaincants ou systématiques ». L'objectif d'identifier une structure neurobiologique spécifique et cohérente sous-tendant des troubles particuliers est très probablement beaucoup trop ambitieux, si ce

n'est peut-être pour les troubles neurocognitifs (Frances, 2013; Kagan, 2012; McNally, 2011; Van Os, 2016).

Enfin, il faut souligner que des indicateurs de type dimensionnels sont de meilleurs éléments de mesure que des indicateurs de type catégoriels. Dans l'ensemble, les mesures dimensionnelles sont plus sensibles aux changements, par exemple temporels, et aux différences entre affections (Mirowsky & Ross 2002). L'utilisation de critères catégoriels permet moins d'évaluer le processus de rétablissement et l'impact des facteurs situationnels. La faible corrélation entre le niveau d'éducation et le diagnostic de dépression est ainsi souvent considérée comme une preuve que la dépression caractérisée est moins sensible aux conditions sociales, alors qu'il n'en est rien. La mesure catégorielle est tout simplement un mauvais indicateur, en raison de l'utilisation de seuils. Il en va de même pour l'évaluation des effets de l'intervention et du traitement. Comme le montrent diverses méta-analyses, dont celle de Fournier et al. (2010), les catégories diagnostiques sont employées pour instaurer le traitement chez des groupes homogènes de patients, mais des mesures dimensionnelles sont préférées pour modéliser l'évolution de la gravité des symptômes.

4.5 Reconceptualiser la santé mentale et les problèmes de santé mentale

Le DSM et la CIM se caractérisent tous deux par une démarche diagnostique qui s'inspire largement d'une approche décontextualisée des problèmes de santé mentale se focalisant uniquement sur le dysfonctionnement. Le DSM-5 (p. 22) fournit la définition suivante du trouble mental : « Un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importantes des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement. » Cette définition indique que les troubles mentaux sont avant tout envisagés comme des ensembles typiques de symptômes et de signes cliniquement observables constituant un syndrome. Le principal problème est qu'en réalité, les chercheurs ne savent pas comment s'organise l'activité mentale « fonctionnelle » et que toute évaluation d'un dysfonctionnement est donc fortement subordonnée à des jugements de valeur. Selon Jerome Wakefield, la définition interprète les comportements en fonction de leur rareté dans la population générale. En ce sens, le manuel « remplace l'exigence de dysfonctionnement par l'exigence que l'état ne puisse pas représenter une réponse statistiquement prévisible à l'environnement » (Wakefield, 1992, p. 233). Étant donné que le dysfonctionnement ne peut être défini de manière adéquate, le DSM se focalise a priori sur des traits comportementaux, en sanctionnant de ce fait des modes extrêmes de comportement et d'expérience. Il est intéressant de noter que Wakefield (2010) souligne également l'influence des jugements de valeur sur le diagnostic : les symptômes s'inscrivent dans des contextes particuliers et ont une signification morale propre au contexte et à l'individu. Il nous met à ce propos en garde contre une approche normative du dysfonctionnement fondée exclusivement sur l'opinion d'autrui et sur des données statistiques relatives au fonctionnement humain, en plaidant pour une prise en compte de la perspective du patient lors des évaluations diagnostiques. Le DSM ne mentionne en revanche pas la nécessité de se baser sur l'expérience subjective de l'individu objet du diagnostic. Il en résulte que l'écart par rapport à la moyenne statistique et l'opinion que se fait autrui de l'inacceptabilité d'un comportement tendent à jouer un rôle central dans l'évaluation du dysfonctionnement.

Une autre lacune de la définition du DSM est qu'elle ne précise pas comment les handicaps doivent être conceptualisés. Le concept de « handicap » est complexe et a derrière lui une longue histoire (Mallet & Runswick-Cole, 2014). L'Organisation mondiale de la Santé le définit actuellement dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées comme « un terme générique désignant les déficiences, les limitations d'activité et les restrictions de

participation. Il renvoie aux aspects négatifs de l'interaction entre un individu atteint d'un problème de santé (comme l'infirmité motrice cérébrale, le syndrome de Down, la dépression) et les facteurs personnels et environnementaux (comme les attitudes négatives, l'inaccessibilité des transports et des bâtiments publics et des soutiens sociaux limités). » (OMS). Il est important de remarquer que cette définition souligne que le handicap est un problème individuel, mais également un phénomène contextuel et interactionnel : « le handicap résulte de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres » (OMS). Selon cette définition, de nombreux problèmes de santé mentale entraînent un handicap important qui se traduit entre autres par un accès réduit aux emplois et aux établissements scolaires traditionnels. Souvent, les personnes affectées de symptômes se heurtent aux préjugés suscités par les aspects inhabituels de leurs modes de fonctionnement. Les idées reçues et le rejet contrarient l'interaction sociale. La définition de l'OMS implique que le handicap est le résultat de l'*interaction* entre un individu et un contexte, qui sont tous deux dotés de caractéristiques propres. Le handicap est en effet plus qu'un trait personnel pouvant être attribué à un individu ; il est tout autant le reflet de l'organisation du contexte entourant cet individu et de la façon dont des mécanismes contextuels d'exclusion contrarient ses aspirations.

Vu sous cet angle, le diagnostic du handicap tel que défini par l'OMS est indissociable d'une réflexion focalisée sur l' « empowerment ». Étant donné que les environnements sociaux sont façonnés par des valeurs sociales, ce point de vue a pour corollaire que le handicap est en partie le résultat du contexte. Le handicap, loin de ne refléter que les particularités du fonctionnement d'un individu, est le miroir du contexte et attire l'attention sur les attentes et idées reçues sur la base desquelles cet individu est jugé. En négligeant de définir le handicap et d'adopter une telle perspective interactionnelle, le DSM risque fort de promouvoir une approche individualisante dans laquelle le handicap est perçu comme la conséquence d'un dysfonctionnement personnel.

On peut d'autre part se demander de qui émane la perspective servant de référence dans l'évaluation du handicap selon le DSM. La définition de l'OMS met clairement l'accent sur le point de vue de l'individu subissant le handicap. Le diagnostic tel qu'il est envisagé par le DSM semble par contre donner la prépondérance à l'opinion d'autrui, alors que les personnes concernées constituent dès leur jeune âge une importante source d'information sur leur propre état mental (Egger, 2009).

Dans le même temps, l'idée que la société se fait de la santé et des soins de santé est en pleine transformation. En 1948, l'Organisation mondiale de la Santé a formulé une définition de la santé l'assimilant à une situation individuelle caractérisée par l'absence de symptômes : « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (<https://www.who.int/about/mission/fr/>). Cliniquement, cette définition suggère une démarche diagnostique centrée sur la détection des symptômes de troubles précis et une approche thérapeutique visant à supprimer ces symptômes. Nous assistons aujourd'hui à l'émergence de nouvelles approches de la santé, dont Huber et ses collègues ont proposé une nouvelle définition en 2011 : « La santé en tant qu'aptitude à s'adapter et à se prendre en charge en dépit des obstacles sociaux, physiques et émotionnels. » Dans ce cadre, la santé n'est pas composée uniquement d'éléments biopsychosociaux, puisqu'elle possède également une dimension existentielle : les problèmes de santé mentale compromettent l'expérience personnelle des individus ainsi que leur position sociale et sociétale, qui est souvent gravement remise en question.

4.6 Le rétablissement : un nouveau paradigme en psychiatrie

Un important concept aligné sur cette nouvelle approche de la santé est celui du *rétablissement*. Ce concept a vu le jour dans les années 1970, à la faveur du mouvement des utilisateurs de services qui s'opposait aux approches biomédicales traditionnelles des troubles mentaux. L'une des clés de ce mouvement est la transition de services basés sur des résultats cliniques traditionnels (absence ou réduction des symptômes) au rétablissement. La psychiatrie de rétablissement est « définie d'après l'idée que l'utilisateur des services se fait des éléments nécessaires ou désirables des soins qui lui sont fournis pour l'aider à reprendre une vie digne de ce nom et des rôles valorisants » (Pincus et al., 2016). Le mouvement axé sur le rétablissement critique la focalisation étroite du courant dominant sur le diagnostic et les directives, ainsi que la définition étriquée de la santé sur laquelle il s'appuie. À l'heure actuelle, le rétablissement est principalement étudiée chez les adultes ; les discussions et études sur son application à d'autres groupes d'âge restent rares (Ozonoff, 2013).

La littérature contemporaine (p. ex., Slade & Longden, 2015 ; Lloyd, 2008) distingue généralement trois types de rétablissement: (1) le rétablissement clinique ; (2) la rétablissement personnel ; (3) la rétablissement social.

La notion de *rétablissement clinique* est le résultat de recherches et pratiques menées par des professionnels. Il est souvent défini comme « une rémission complète des symptômes, une scolarité ou un emploi à temps complet ou partiel, une vie indépendante non supervisée par des aidants informels et la présence d'amis avec lesquels partager des activités, le tout pendant une période minimale de deux ans » (Slade & Longden, 2015, p. 3). Conceptuellement, ce rétablissement correspond à un changement psychologique devant survenir chez un individu ayant une maladie mentale, pour lequel des interventions de rétablissement fondées sur des données probantes pourraient être conçues (p. ex., Morin & Franck, 2017). Un risque majeur de cette approche est qu'en promouvant un changement personnel, elle tend à blâmer l'individu en cas d'absence de résultats positifs (Stuart et al., 2017).

Le concept de *rétablissement personnel* est né du mouvement des utilisateurs de services de santé mentale et des survivants, et est habituellement défini comme « un processus unique et profondément personnel de changement des attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles. Il s'agit d'un moyen de vivre une vie satisfaisante, porteuse d'espoir et utile malgré les limitations propres à la maladie. Le rétablissement suppose que l'individu confère à sa vie un nouveau sens et une nouvelle finalité, en se reconstruisant pour surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale » (Anthony, 1993, p. 12). Cette définition part de la perspective de l'individu et attribue un rôle essentiel à l'expérience personnelle. Leamy et ses collègues (2011) ont mis au point un cadre conceptuel empirique du rétablissement personnel s'articulant autour de cinq aspects clés : connectivité ; espoir et optimisme concernant le futur ; identité ; sens de la vie ; autonomisation (*connectedness ; hope and optimism about the future ; identity ; meaning in life ; empowerment*, ou CHIME). Dans une récente revue systématique, Stuart et ses collègues (2017) ont approuvé ce cadre, qu'ils ont élargi en y incorporant les difficultés et épreuves qui jalonnent le parcours menant au rétablissement. C'est ainsi qu'a vu le jour le modèle CHIME-D, qui englobe six facteurs cruciaux pour le rétablissement personnel (Stuart et al., 2017, p. 299):

1. Connectivité : soutien par les pairs et groupes de soutien ; relations ; soutien d'autrui ; appartenance à la communauté ;
2. Espoir et optimisme concernant le futur (croyance en la possibilité d'un rétablissement ; motivation au changement ; relations porteuses d'espoir ; pensée positive et importance accordée au succès ; poursuite de rêves et aspirations) ;
3. Identité (reconstruire/redéfinir une identité positive ; surmonter la stigmatisation) ;

4. Vie chargée de sens (sens de l'expérience de la maladie mentale ; spiritualité ; qualité de vie ; vie digne d'être vécue et rôles sociaux ; reconstruction de la vie) ;
5. Autonomisation (responsabilité personnelle ; contrôle de sa propre vie ; focalisation sur les points forts) ;
6. Difficultés (ambivalence et contradiction ; perte d'autonomie ; préoccupations financières ; perte et changements de vie négatifs ; trébucher, peiner et souffrir ; maladie mentale et abus de substances comorbide).

Le terme de *rétablissement social* est parfois employé en tant que synonyme du rétablissement personnel, mais il se rapporte plus spécifiquement à la dimension communautaire du rétablissement, le but étant de restaurer les compétences sociales et l'inclusion dans divers réseaux sociaux (famille, amis, collègues/camarades de classe bienveillants, loisirs, etc.) (Lloyd, et al., 2008; Mezzina, 2006a). Pendant le cours de leur maladie mentale, de nombreuses personnes intériorisent la représentation que la société se fait de la maladie mentale grave au fur et à mesure qu'elles endossent le rôle et l'identité de patient, en se renfermant et en s'isolant progressivement des réseaux sociaux habituels (Mezzina, et al., 2006b). Le rétablissement social consiste à assurer l'inclusion sociale, de façon à ce que l'individu récupère de la force et un statut dans la vie sociale quotidienne et puisse s'insérer dans des réseaux sociaux qui ne sont pas formés exclusivement de personnes atteintes de maladies mentales et de professionnels de la santé mentale. Un tel rétablissement se matérialise lorsque l'individu souffrant d'une maladie mentale grave retrouve une citoyenneté active, à savoir « l'exercice de ses droits sociaux » (Mezzina, 2006a), et est en mesure d'assumer les différents rôles qui lui sont utiles, mais le sont également à la communauté (Lloyd, et al., 2008). Chester et al. (2016, p. 271) définissent le rétablissement social comme « la capacité à vivre sans perturbations sociales notables, en étant financièrement indépendant et en disposant d'un logement stable ».

Les approches traditionnelles de la santé mentale ne s'intéressent qu'au rétablissement clinique. Les partisans d'une perspective plus large réclament pour leur part que le rétablissement personnel et social soit lui aussi pris en compte. La définition d'une vie digne d'être vécue est personnelle et dépend des aspirations et des priorités de chacun (Shrank & Slade, 2007)

La narration de soi joue un rôle important dans cette approche élargie de rétablissement. Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ont besoin d'une description contextualisée d'elles-mêmes et de leur existence. Ce travail de narration de soi permet d'accorder une place aux qualités de la personne ainsi qu'à ses fragilités. Elle leur permet aussi de conférer du sens à leur expérience et d'articuler les composantes du modèle CHIME-D au sein de leur propre vie.

Par ailleurs, tandis que l'approche biomédicale traditionnelle des problèmes de santé mentale établit une distinction stricte entre diagnostic et traitement, ce n'est pas le cas de la perspective axée sur le rétablissement. Les soins de santé mentale classiques procèdent comme suit : un premier entretien est réalisé, et débouche souvent sur un diagnostic basé sur la classification du DSM ou de la CIM. Ensuite, une intervention est d'ordinaire mise en place, de préférence en se conformant aux directives de traitement fondées sur des données probantes « (guidelines) ». Le modèle axé sur le rétablissement part d'une perspective différente. Il se fixe en effet pour mission de gérer les symptômes et la souffrance ; contextualiser les symptômes et la souffrance d'une manière habilitante ; remettre en question et modifier les contextes et modalités de vie afin de promouvoir le sens, l'identité et l'interdépendance ; remettre en question et modifier les contextes sociaux afin qu'ils favorisent le rétablissement social. Sur le plan de l'intervention et du soutien, ce modèle incite à se demander comment contribuer au rétablissement lors de telles crises mentales. Le rétablissement exige des professionnels qu'ils jouent un rôle de soutien à tous les niveaux. Le partenariat et la prise de décision partagée sont à cette fin essentiels : les professionnels doivent se renseigner sur les valeurs, affinités et objectifs des patients afin d'y adapter leurs

interventions. Dans la démarche basée sur le rétablissement, les approches thérapeutiques et les protocoles fondés sur des données probantes traditionnels ne sont qu'une partie de la stratégie d'intervention. Le processus relationnel plus large est un élément fondamental des soins .

Pour la perspective axée sur le rétablissement, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale forment un groupe diversifié. Après une crise initiale, certains patients bénéficient d'un rétablissement complet à tous les niveaux. D'autres luttent contre une maladie devenue chronique et, à des degrés divers, restent confrontés à des contraintes entravant leur rétablissement clinique, personnelle et/ou sociale, une situation qui exige parfois un soutien prolongé. Si de nombreuses personnes se rétablissent, d'autres n'y parviennent pas, ou seulement de manière très partielle. Certaines maladies mentales (comme certaines psychoses chroniques ou des problématiques graves d'assuétude) et caractéristiques personnelles (comme l'intelligence ou l'âge) peuvent constituer une difficulté ou un obstacle au rétablissement, et il est donc crucial qu'elles ne conduisent pas à la culpabilisation et l'exclusion de la personne. Il faut partir du principe qu'il existe un continuum entre le rétablissement (complet) et le besoin d'un soutien continu. Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale – modérés ou graves, épisodiques ou persistants – ne sont pas fondamentalement différentes de celles qui en sont actuellement indemnes. La psychopathologie doit être évaluée en tenant compte de dimensions telles que la psychose, l'anxiété, la dépression, l'autisme et l'hyperactivité, et être traitée de manière intégrée. Le besoin de soutien doit être jaugé attentivement ; ce soutien peut éventuellement s'accompagner d'une psychopharmacologie raisonnée, mais une intervention psychosociale et une psychothérapie doivent être tentées au préalable. De récents développements, comme les centres « *Headspace* » en Australie (www.headspace.org.au), peuvent jouer un rôle important d'aide aux jeunes aux premiers stades de la maladie mentale, afin de réduire la probabilité d'aggravation de leur état. Les centres *Headspace* sont des environnements non stigmatisants accueillant des jeunes (12 à 25 ans) atteints de problèmes psychiatriques graves, mais où les jeunes ayant des troubles légers à modérés à un stade précoce sont également encouragés à solliciter une évaluation et des soins. Il n'est pas nécessaire d'être orienté vers ces centres par un médecin ou de recevoir un diagnostic du DSM/de la CIM avant ou après l'octroi d'une aide. Dans les centres *Headspace*, les jeunes et/ou leurs parents et leurs amis peuvent demander un soutien pour surmonter des problèmes liés à la santé générale, l'éducation, l'utilisation de drogues, l'anxiété et d'autres symptômes psychiatriques (émergents). Ceci permet d'offrir des interventions psychiatriques par paliers aux jeunes qui sollicitent une aide et réduit le risque que des professionnels de la santé non encore familiarisés avec les concepts de stadification clinique prescrivent une pharmacothérapie prématurée ou excessive (McGorry et al., 2011, 2014; Nieman & McGorry 2015).

Il vaut la peine de noter que l'approche basée sur le rétablissement implique que le diagnostic doit aller au-delà de la cartographie des symptômes visant à mener des interventions permettant de les contrôler. La prise en charge des symptômes est importante, mais la rétablissement personnel et social est tout aussi cruciale. Le diagnostic ne doit en conséquence pas se limiter à une évaluation clinique des symptômes et syndromes, mais doit également tenir compte du stade de rétablissement de l'individu et de son besoin de soins et de soutien au fil du processus de rétablissement personnel.

4.7 La solution alternative : le diagnostic multicouche

L'objet de la psychiatrie sont des expériences d'une subjectivité extrême qui ne peuvent être reliées de manière univoque à un substrat biologique précis du cerveau. L'expérience subjective est influencée par des facteurs biologiques, environnementaux, sociaux, mentaux et existentiels. Tout être humain est vulnérable à ce qu'il est coutume de considérer comme des symptômes psychiatriques (Calmeyn, 2014), parce que « chacun d'entre nous aspire à la stabilité, l'enracinement, la communauté et la régularité, mais doit néanmoins faire front à

l'inexorabilité de la mort, l'instabilité, l'isolement et l'absence de sens » (Yalom, 1980). La souffrance est donc inhérente à la vie, un état de fait que les sociétés occidentales modernes semblent réticentes à reconnaître. C'est ainsi que de nombreuses personnes se plaignant de dépression et d'anxiété légères reçoivent un diagnostic psychiatrique et un traitement, tandis que celles atteintes de symptômes psychiatriques graves restent non traitées, en raison de la longueur des listes d'attente pour les soins de santé mentale, ce qui a des répercussions souvent délétères.

En psychiatrie, il pourrait être préférable d'adopter une approche individualisée plutôt que d'essayer de répartir les personnes dans des catégories diagnostiques. Il existe probablement autant de combinaisons de facteurs biologiques, environnementaux, sociaux et existentiels causant et maintenant les symptômes psychiatriques que de personnes. Chaque personne mérite donc une approche idiographique personnalisée explorant sa combinaison de facteurs causaux et de maintien. Certains facteurs sont susceptibles d'être modifiés, d'autres non. Cette approche pourrait déboucher sur un rétablissement plus durable que celui consistant à insérer un individu dans l'une des catégories diagnostiques générales du DSM, qui ne sont pas d'une grande utilité pour comprendre les problèmes de chaque patient ou trouver des solutions à ces problèmes (Nieman, 2016).

Nous proposons, en tant que solution alternative à la démarche diagnostique dominante axée sur les troubles et basée sur le DSM ou la CIM, de suivre une approche contextualisante des situations cliniques prenant comme point de départ les symptômes, les plaintes et/ou l'expérience de la souffrance exprimés par la personne. Le processus de diagnostic doit commencer par une caractérisation descriptive de ces symptômes, ces plaintes et/ou cette expérience de la souffrance, de façon à pouvoir ensuite les positionner par rapport à trois aspects du fonctionnement au sens large.

Tout d'abord, les symptômes, les plaintes et/ou l'expérience de la souffrance doivent être interprétés à la lumière de domaines foncièrement différents portant sur un aspect précis du fonctionnement humain. De telles caractérisations personnalisées doivent discuter le fonctionnement de l'individu en le replaçant dans le déroulement de sa vie (*lifespan*) et son contexte biopsychosocial.

Il est recommandé de considérer les cinq domaines suivants :

- A. Facteurs biographiques ; cours de la vie ; antécédents médicaux et thérapeutiques.
- B. Facteurs existentiels et problèmes de la vie. Nous devons partir du principe que les préoccupations inhérentes à l'existence humaine (mort, absence de sens, isolement) mènent inévitablement à un certain degré d'anxiété et de dépression et pourraient également former la base dynamique d'autres symptômes. Par définition, la lutte contre les problèmes propres à l'existence humaine n'est cependant pas pathologique.
- C. Fonctionnement contextuel-interactionnel (famille, relations, travail, école, loisirs). En fonction des différences entre individus et entre périodes de la vie, les contextes psychosociaux peuvent jouer le rôle soit de facteurs déstabilisants et déclencheurs de crises, soit de sources de résilience. Leur influence sur les problèmes de santé mentale d'un individu doit être étudiée en détail, en analysant notamment les opportunités et menaces qu'ils représentent pour le processus de rétablissement.
- D. Processus mentaux, dynamiques psychologiques, schémas comportementaux, processus systémiques. Le fonctionnement des personnes atteintes de problèmes de santé mentale suit habituellement des schémas précis, qui peuvent être caractérisés au moyen de théories psychologiques. Les cliniciens devraient idéalement appliquer de tels cadres pour caractériser le fonctionnement des personnes victimes de

problèmes mentaux. Les cadres actuellement pertinents sont les suivants : cadres de psychologie du développement et du *lifespan* ; modèles cognitifs-comportementaux ; théories psychanalytiques et psychodynamiques ; approches expérientielles et centrées sur le patient ; approches systémiques.

E. Facteurs biologiques et modèles psychopharmacologiques.

Ensuite, les symptômes, les plaintes et/ou l'expérience de la souffrance doivent être discutés en termes de connaissances descriptives sur les syndromes psychiatriques. La liste complète des troubles figurant dans le DSM n'est pas nécessaire pour ce faire, parce qu'elle a pour inconvénient de focaliser l'attention sur des problèmes prédéfinis censés affecter une personne. Pour ce type de diagnostic, il est probablement préférable de procéder à une caractérisation classificatoire générique de l'état de santé mentale de la personne basée sur un nombre limité de syndromes généraux (syndrome psychotique, syndrome anxieux, syndrome d'addiction, syndrome dépressif, etc.), qui pourraient à leur tour constituer des dimensions.

Dans ce contexte, il convient de réexaminer la catégorisation et le seuil de maladie. Le système de classification catégorielle doit être remplacé par un système de service (pas nécessairement en psychiatrie) tenant compte du fait que des préoccupations et problèmes humains de nature générale peuvent requérir un soutien psychologique substantiel sans qu'un diagnostic psychiatrique soit nécessaire. Le caractère dimensionnel des symptômes psychiatriques doit lui aussi être pris en compte (Hickie et al., 2013; McGorry 2006; 2013; McGorry et al., 2007; 2014; Nieman, 2016; Scott, 2011; Scott et al. 2006).

Enfin, les symptômes, les plaintes et/ou l'expérience de la souffrance doivent être discutés en termes de continuum allant de la crise au rétablissement. La discussion du rétablissement doit de préférence englober ses dimensions clinique, personnelle et sociale. Au lieu d'être vu uniquement comme un phénomène individuel, le rétablissement doit également être interprété à la lumière des processus contextuels et interactionnels qui le favorisent ou l'entravent.

4.8 Diagnostic basé sur la formulation de cas clinique

En pratique, une telle approche multicouche du diagnostic suppose de recourir à la *formulation de cas clinique* (Vanheule, 2017; Van Os, 2018). Celle-ci est une description narrative dans laquelle les symptômes et les plaintes de santé mentale sont insérés dans le contexte du fonctionnement plus large de la personne, de façon à cartographier l'impact des symptômes et du contexte, la logique de fonctionnement, ainsi que les points forts et les aspects de résilience. La formulation de cas peut être bâtie sur la base du matériel concret tiré des entretiens cliniques, de l'observation et des évaluations psychologiques, que le clinicien analyse dans le but de clarifier *comment* les problèmes sont organisés (Bruch & Bond, 1998).

S'appuyant sur une étude d'ensemble des définitions employées par les auteurs issus de différentes écoles théoriques, Sturmey affirme (2009, p. 8) à cet égard qu'une formulation de cas possède habituellement les quatre caractéristiques suivantes :

- 1) Elle discute les aspects fondamentaux d'un cas, c.-à-d. qu'elle ne se contente pas de dresser une liste interminable de données sur le patient et le contenu des séances.
- 2) Elle replace les informations relatives à un cas dans le contexte d'une idée cohérente sur la nature des problèmes auxquels est confronté le patient.
- 3) Elle est foncièrement provisoire et reflète les connaissances du clinicien à un moment donné. En d'autres mots, la découverte de nouvelles informations peut toujours remettre en question l'interprétation d'un cas.
- 4) Elle vise à guider les interventions.

Ces caractéristiques indiquent qu'une formulation de cas est une *hypothèse raisonnée*. Après une écoute et une observation complétées au besoin par des résultats de tests, le clinicien interprète les informations recueillies au prisme d'idées théoriques et de données de recherche sur les mécanismes et structures psychopathologiques. Pour la formulation de cas, le clinicien doit utiliser les théories cliniques (cadres de psychologie du développement et du *lifespan*; modèles cognitifs-comportementaux; théories psychanalytiques et psychodynamiques; approches expérientielles et centrées sur le patient; approches systémiques) et les conclusions de la recherche, en explicitant ce qu'il observe et ce qu'il extrapole. Dans cette interaction entre matériel clinique et savoir théorique, le clinicien applique un raisonnement abductif pour construire une hypothèse logique plausible sur la façon dont les problèmes d'un individu sont organisés (Vertue & Haig, 2008).

Le travail de formulation de cas consiste en un va-et-vient ininterrompu entre le recueil de données cliniques et la lecture du matériel recueilli à l'aune des connaissances théoriques. Le clinicien élabore ce faisant une interprétation éclairée et pertinente du (dys)fonctionnement de l'individu, sans prétendre pouvoir jamais fournir une explication totalement exacte. La formulation de cas articule une construction plausible, mais l'explication est vouée à rester incomplète. Le savoir ainsi accumulé est incertain et ne peut être simplement généralisé à d'autres cas ou d'autres périodes.

Un cas est habituellement construit à l'aide du matériel recueilli sur un laps de temps limité. Il ne repose pas sur des observations longitudinales reflétant fidèlement le parcours évolutif d'un symptôme, mais sur des informations exprimant tout au plus des relations logiques entre des aspects précis du fonctionnement d'une personne. C'est aussi pour cela que la formulation de cas n'est normalement pas censée aboutir à des conclusions causales. Elle vise au mieux à clarifier la structure interne du fonctionnement d'un individu. Dans la formulation de cas, le clinicien discute le matériel observé dans le but d'exprimer *comment* les problèmes sont organisés. Il doit dans cette optique faire appel à la théorie, en sachant que des théories différentes déboucheront très probablement sur des types d'explication différents. Dans le même temps, la formulation de cas clinique doit aller au-delà du simple instantané psychologique pour placer les informations relatives au problème dans un cadre temporel englobant tant sa genèse que son évolution ultérieure. En raison de la nature approximative de la formulation de cas, il est possible que deux cliniciens n'interprètent pas le fonctionnement d'un patient de la même façon, en particulier s'ils se prévalent de cadres théoriques différents. Précisons toutefois que leurs constructions respectives peuvent toutes deux être pertinentes et insérer les problèmes dont le patient est victime dans un cadre plausible. Il convient alors d'adopter une approche pragmatique pour déterminer la meilleure formulation : la valeur d'une formulation de cas tient à sa capacité à aider le clinicien à fournir une réponse adéquate (Vanheule, 2017).

La formulation de cas clinique doit être considérée comme un travail collaboratif, dans lequel la personne atteinte de problèmes mentaux participe activement à l'analyse et à l'exposition de ses problèmes. Certaines maladies mentales (comme la psychose aiguë) et caractéristiques personnelles (comme l'intelligence ou l'âge) peuvent constituer une difficulté ou un obstacle à la participation active, mais les personnes doivent néanmoins être considérées comme des sources d'information sur leur propre état mental et le contexte dans lequel elles vivent. La combinaison de facteurs sociaux (p. ex., isolement), environnementaux (p. ex., surcharge sensorielle dans les grandes villes), biologiques (p. ex., stress) et existentiels (p. ex., absence de sens) de l'individu et la possibilité d'influencer ces facteurs doivent être examinées de manière collaborative. L'accomplissement personnel permet souvent de (re)trouver le sens. La relation thérapeutique avec un professionnel de la santé, un pair-aidant ou un expert par expérience faite d'authenticité, d'empathie et d'indulgence (Yalom, 2017) doit être au cœur du traitement.

En raison de l'importance qu'il accorde à l'étude casuistique de la logique du fonctionnement du patient, le diagnostic reposant sur la formulation de cas a par nature tendance à devenir trop dépendant du style du clinicien, ainsi que des lacunes de sa réflexion ou des préconceptions de sa démarche. C'est pourquoi le diagnostic basé sur la formulation de cas doit s'accompagner d'une méthode réflexive de contrôle de la qualité aidant le clinicien à optimiser la validité et la fiabilité de sa prise de décision. La *réflexivité* est essentielle pour garantir la qualité et l'efficacité et souligne le besoin d'une attitude critique générale. Appliquée à la préparation de la formulation de cas clinique, la réflexivité impose au clinicien de garder à l'esprit l'influence exercée par sa propre perspective. La *fiabilité* se rapporte à l'importance d'un travail systématique et de l'exclusion de sources possibles de distorsion. L'obtention d'une fiabilité suffisante exige de veiller à la cohérence logique du processus décisionnel clinique et d'identifier les sources potentielles de biais. La *validité* a trait aux efforts livrés pour garantir que les constatations sont correctes. Pour assurer la robustesse de ses décisions, le clinicien doit vérifier attentivement que les conclusions sont solidement ancrées dans le matériel issu des entretiens, de l'observation et des tests éventuellement effectués. La formulation de cas n'est pertinente que lorsqu'elle repose sur des données suffisantes et des sources exactes (Dawson & Moghaddam, 2016; Vanheule, 2017).

III RECOMMANDATIONS

Le DSM est un outil de classification qui a été publié pour la première fois il y a plus de 40 ans. La version la plus récente est le DSM-5. L'outil pose plusieurs problèmes épistémologiques, de validité et de fiabilité qui ne peuvent pas faire l'objet d'une amélioration substantielle. Ce problème inhérent est souvent méconnu lors de son usage institutionnel et clinique.

Comme, en Belgique, les différents niveaux de pouvoir accordent une latitude importante en matière d'utilisation des systèmes de classification psychiatriques, il est réaliste de mettre en œuvre les recommandations ci-dessous.

- Nous recommandons une utilisation prudente d'outils de classification comme le DSM et la CIM, et de faire preuve de réserve lors de la formulation de diagnostics. Etant donné qu'il existe peu de preuves scientifiques pour la distinction des troubles psychiques, il nous semble préférable de limiter l'usage du DSM ou de la CIM à un nombre limité de catégories de troubles plus larges.
- Ces catégories de troubles devraient être considérées comme de larges spectres, au sein desquels une variation de symptômes peut survenir et où des transitions fluides vers un état de bien-être personnel et social sont possibles. Il est également préférable de considérer ces troubles comme des syndromes (c'est-à-dire des groupes de symptômes/signes se manifestant souvent ensemble), qui perturbent le quotidien et non comme des manifestations de maladies « sous-jacentes ».
- Lorsque des personnes utilisent ou se voient attribuer des étiquettes diagnostiques, elles passent rapidement à des conceptions « essentialisantes ». Le trouble est alors perçu comme une caractéristique statique d'une personne qui est la cause de problèmes. Songez à des conceptions du type : « il est agité car il souffre du TDAH »; « tu es schizophrène donc tu dois prendre des antipsychotiques toute ta vie ». C'est un problème, car les catégories du DSM et la CIM ne sont que des descriptions de comportement qui caractérisent le fonctionnement de surface d'une personne. Nous conseillons de ne pas formuler de jugements essentialisants tant dans la concertation entre professionnels que dans la communication avec les usagers des soins.
- Nous recommandons aux profanes, professionnels, décideurs politiques et chercheurs d'utiliser des étiquettes diagnostiques avec une grande prudence. Les personnes diagnostiquées sont parfois considérées de manière trop restrictive à partir de ce

diagnostic. Des aspects de leur vie s'en trouvent ainsi trop rapidement interprétés de manière pathologique. C'est stigmatisant. Nous recommandons d'agir plus prudemment sur ce point.

- Réagir de manière trop rapide et trop marquée à partir de diagnostics conduit à une scission de la pensée, une différenciation entre « les autres » et « nous ». Cette situation crée un effet d'exclusion dans lequel les personnes souffrant de problèmes psychiques ne sont pas considérées comme des semblables. Cette situation crée des attitudes injustifiées comme une mise sous tutelle, des styles de comportement inadaptés et brutaux et une stigmatisation.
- Nous recommandons aux profanes, professionnels, décideurs politiques et chercheurs de prendre en compte le caractère de recherche/incertain de diagnostics. Nous recommandons de ne pas considérer des conceptions de classification comme des « certitudes » ou caractéristiques statiques mais plutôt comme des hypothèses de travail qu'il faut continuer de remettre en question pendant le travail clinique et qui peuvent changer.
- Nombre de personnes faisant l'objet d'un diagnostic le considèrent comme une reconnaissance officielle de leur problème. Par le diagnostic, le professionnel donne un nom à la difficulté à laquelle une personne et/ou son environnement sont confrontés. La reconnaissance est importante et doit également occuper une position centrale dans les formulations de cas (voir plus bas).
- Nous conseillons de considérer les troubles comme interactifs. Ils témoignent d'une lutte entre la personne et le contexte, et des difficultés dans la vie. D'une part, ils témoignent du caractère unique d'une personne. D'autre part, ils reflètent les défis auxquels une personne est confrontée à partir de son contexte (comme la vie relationnelle, les conditions sociales et les mœurs culturelles). Les plaintes et troubles psychiques sont en outre souvent le reflet d'une lutte avec des incertitudes existentielles typiques. Ces composants constituent ensemble une interdépendance systémique. Nous conseillons de le citer de manière explicite. Il n'est dès lors pas prudent d'appliquer un raisonnement de cause à effet univoque sur les catégories de troubles du DSM et de la CIM. Par conséquent, une « pensée tissulaire » univoque (dans laquelle on part du principe que la cause a son origine dans le cerveau ou dans les gènes) n'a aucun fondement scientifique.
- Nous recommandons d'utiliser le diagnostic par étapes :
 - Les plaintes psychiques touchent tout le monde et varient normalement en termes d'intensité et de gravité. Ces plaintes sont trop souvent considérées et problématisées à partir d'une approche psychopathologique. La décontextualisation de ces plaintes et l'essentialisation de leurs causes et caractéristiques contribuent à leur médicalisation. La normalisation sociale, reposant sur des images idéales de la santé mentale, nourrit également cette problématisation. Les professionnels et décideurs politiques doivent tout mettre en œuvre pour gérer les signes psychiques de manière non problématisante et non médicalisante. Ils peuvent être l'expression d'incertitudes existentielles.
 - Nous recommandons de surtout écouter de manière attentive et spécifique les personnes souffrant de troubles psychiques, indépendamment de leur gravité, en fonction de leur expérience et de leur environnement et/ou d'autres personnes importantes, comme leur famille et les autres professionnels intervenant déjà auprès d'eux. L'expérience psychique doit être centrale, sans automatiquement être réduite par le biais de cadres professionnels à diverses

explications (biomédicales/sociologiques/psychologiques). Moins la personne est autonome, plus il faut impliquer d'autres personnes concernées dans le processus diagnostique.

- Nous recommandons d'également d'offrir des structures d'aide et de soutien en cas de souffrance ou difficultés psychosociales, sans diagnostic formel comme condition préalable à une aide professionnelle. Il est préférable de soigner certains difficultés psychosociales à l'aide d'un support psychosocial et d'une aide à bas seuil.
 - Les professionnels devraient clairement initier un dialogue avec les personnes souffrant de troubles psychiques et leurs proches, prendre plus au sérieux leurs expériences humaines et quêtes et partager des expériences humaines propres, le cas échéant. La perspective et l'attribution de sens à des personnes souffrant de troubles psychiques devraient occuper une position centrale dans le diagnostic et le traitement.
 - En cas de souffrance persistante provoquée par des douleurs psychiques, il est préférable d'identifier prudemment l'intégration contextuelle et le besoin de soin (recherche de sens et perte de sens) et des facteurs physiques, psychiques, sociaux et culturels. Il peut pour ce faire être fait appel à une formulation de cas qui spécifie de manière descriptive le fonctionnement contextuel d'une personne, en évaluant le besoin de support/le besoin de soin, le niveau de crise et la perspective de rétablissement. Ce n'est que dans ce cadre que nous estimons judicieux de se prononcer sur des troubles (en se basant sur des catégories de troubles larges représentant des spectres syndromiques).
 - Nous recommandons, dans une formulation de cas, d'accorder une grande attention à la manière spécifique à la personne dont des facteurs notamment mentaux, existentiels (recherche de sens et perte de sens), physiques, psychiques, sociaux et culturels prennent forme. Les difficultés psychiques ne peuvent simplement être réduites à des catégories standard. Dès lors, les interventions doivent également anticiper cette spécificité de la personne.
- Sur le plan organisationnel, nous conseillons de ne pas faire des catégories du DSM un élément central de l'aménagement des soins. Nous conseillons aussi de ne pas organiser la prévention des plaintes psychiques et la promotion de la vigilance à la santé mentale dans une perspective essentialisante et médicalisante.

IV REFERENCES

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Second Edition – DSM-I*. Washington DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition – DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. (2001). Diversity in psychiatry: Or, why did we become psychiatrists?. *American Journal of Psychiatry*, 158, 673-675.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2005). Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia: trend analysis based on data from two population surveys in Germany. *The British Journal of Psychiatry*, 186(4), 331-334.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11–23.
- Berrios, G.E. (1999). Classifications in psychiatry: a conceptual history. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 145-160.
- Berrios, G.E. (2012). The 19th-century nosology of alienism: history and epistemology. In: K.S. Kendler & J. Parnas (Eds.): *Philosophical Issues in Psychiatry II – Nosology*, pp. 101 - 117. Oxford: Oxford University Press.
- Boxenbaum, E., & Jonsson, S. (2017). Isomorphism, diffusion and decoupling: Concept evolution and theoretical challenges. *The Sage handbook of organizational institutionalism*, 2, 79-104.
- Bruch, M. & Bond, F. W. (1998). *Beyond diagnosis: case formulation approaches in CBT*. Chichester, UK; New York: Wiley.
- Calmeyn M. (2014). Therapeutic relation.com: online or offline? Fo(u)r ‘nosos’ make(s) the difference. *Szondiana*, 34, 26-44.
- Chester, P., Ehrlich, C., Warburton, L. et al. (2016). What is the work of Recovery Oriented Practice? A systematic literature review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 270-285.
- Clarke, D.E., Narrow, W.E., Regier, D.A. et al. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part I: Study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *American Journal of Psychiatry*, 170, 43-58.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1), 11-27.
- Cooper, R. (2005). *Classifying Madness – A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Dordrecht: Springer.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2004). At issue: Stop the stigma: Call mental illness a brain disease. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 477.
- Dar-Nimrod, I., & Heine, S. J. (2011). Genetic essentialism: On the deceptive determinism of DNA. *Psychological Bulletin*, 137, 800–818.
- Dawson, D. L. & Moghaddam, N. G. (2016). *Formulation in action: applying psychological theory to clinical practice*. Berlin; New York: De Gruyter.
- Dubovsky, S.L. (2016). The limitations of genetic testing in psychiatry . *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 129-135.
- Egger, H.L. (2009). Psychiatric assessment of young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18, 559-580.
- Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., et al. 2010. "Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta-analysis." *JAMA* 303(1): 47-53
- Frances, A. (2013). *Saving Normal – An Insider’s Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: William Morrow & Harper Collins Publishers.

- Garrow, E., & Hasenfeld, Y. (2010). Theoretical approaches to human service organizations. *Human services as complex organizations*, 2, 33-58.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry*, 10(1), 113.
- Hacking, I. (2006). Making up people. *London Review of Books*, 28 (16), 23-26.
- Hasenfeld, Y. (1985). Community mental health centers as human service organizations. *American Behavioral Scientist*, 28(5), 655-668.
- Hasenfeld, Y. (2009). *Human services as complex organizations*: Sage Publications.
- Haslam, N. (2011). Genetic Essentialism, Neuroessentialism, and Stigma: Commentary on Dar-Nimrod and Heine (2011). *Psychological Bulletin*, 137, 819–824.
- Hickie, I.B., Scott, E.M., Hermens, D.F., et al. (2013). Applying clinical staging to young people who present for mental healthcare. *Early Intervention Psychiatry*, 7, 31–43.
- Horwitz, A.V. (2002). *Creating mental illness*. University of Chicago Press.
- Huber, M., Knottnerus, A., Green, L; et al. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343: d4163.
- Hyman, S.E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179.
- Kagan, J. (2012). *Psychology's Ghosts – The Crisis in the Profession and the Way Back*. New Haven & London: Yale University Press.
- Kendler, K.S. (2016). The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 15, 5–12.
- Kendler, K.S., Zachar, P. & Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders?. *Psychological Medicine*, 41, 1143-1150.
- Kirk, S. A., & Kutchins, H. (1992). Diagnosis and uncertainty in mental health organizations. In Y. Hasenfeld (Ed.), *Human services as complex organizations* (pp. 163-183). Newbury Park: Sage.
- Kram-Fernandez, D. (2018). Barriers to Practitioners' Endorsement of a Recovery Perspective: Considering Attitudes Through a Schema Lens Deconstructing Stigma in Mental Health (pp. 108-132): IGI Global.
- Kvaale, E.P., & Haslam, N. (2016). Motivational orientations and psychiatric stigma: Social motives influence how causal explanations relate to stigmatizing attitudes. *Personality and Individual Differences*, 89, 111-116.
- Leamy, M. et al. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 445–452.
- Lloyd, C., Waghorn, G., Williams, P.L. (2008) Conceptualising recovery in mental health rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 71, 321-328.
- Lorant, V., Nazroo, J., Nicaise, P., & Group, T. S. (2017). Optimal network for patients with severe mental illness: a social network analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(6), 877-887.
- Mallet, R., & Runswick-Cole, K. (2014). *Approaching disability: critical issues and perspectives*. London & New York: Routledge.
- Manning, N. (2000). Psychiatric diagnosis under conditions of uncertainty: personality disorder, science and professional legitimacy. *Sociology of health & illness*, 22(5), 621-639.
- Mayes, R., & Horwitz, A. V. (2005). DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 41(3), 249-267.
- McGorry, P.D. (2007). Issues for DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 164, 859–60.
- McGorry, P.D. (2013). Early clinical phenotypes, clinical staging, and strategic biomarker research: building blocks for personalised psychiatry. *Biological Psychiatry*, 74, 394–395.
- McGorry, P.D., Hickie, I.B., Yung, A.R., et al. (2006). Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 616–22.

- McGorry, P.D., Keshavan, M., Goldstone, S., et al. (2014). Biomarkers and clinical staging in psychiatry. *World Psychiatry*, 13(3), 211–23.
- McGorry, P.D., Purcell, R., Goldstone, S. et al. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: implications for preventive intervention strategies and models of care. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(4), 301–6.
- McNally, R.J. (2011). *What is Mental Illness?* Cambridge & London: Belknap Harvard.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1977). Institutionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony. *American journal of sociology*, 83(2), 340-363.
- Mezzina, R., Borg, M., Marin, I. et al. (2006b). From participation to citizenship: how to regain a role, a status, and a life in the process of recovery. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 39-61.
- Mezzina, R., Davidson, L., Borg, M., et al. (2006a). The social nature of recovery: discussion and implications for practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, 63-80.
- Mirowsky, J. Ross, C.E. (2002). Measurement for a human science. *Journal of Health and Social Behavior*: 152-70
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (1989). Psychiatric diagnosis as reified measurement. *Journal of Health and Social Behavior*, 11-25.
- Morin, L. & Franck, N. (2017). Rehabilitation interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 100.
- Morrow, R.L., Garland, E.J., Wright, et al. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Canadian Medical Association Journal*, 184(7), 755–762.
- Narrow, W. & Kuhl, E. (2011). Dimensional Approaches to Psychiatric Diagnosis in DSM-5. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 14, 197-200.
- Nicaise, P., Dubois, V., & Lorant, V. (2014). Mental health care delivery system reform in Belgium: the challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2-3), 120-127.
- Nieman, D.H. (2016). *Prevention in Mental Health Care: Time for a new approach.* Oxford UK: Routledge.
- Nieman, D.H., and McGorry, P.D. (2015). Detection and treatment of ‘At Risk Mental State’ for developing a first psychosis: Making up the balance. *The Lancet Psychiatry*, 2, 825–834.
- Nieweg, E.H. (2005). On reification and natural kinds in psychiatry. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 687-696.
- Ozonoff, S. (2013). Recovery from autism spectrum disorder (ASD) and the science of hope. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 113-114.
- Parens, E., & Johnston, J. (2011). *Troubled children: Diagnosing, treating and attending to context: a Hastings Center Special Report.* Hastings Center Report, 41 (2).
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., Sercu, C., & Bracke, P. (2013). Medicalizing versus psychologizing mental illness: what are the implications for help seeking and stigma? A general population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(10), 1637-1645.
- Pilgrim, D. (2007). The survival of psychiatric diagnosis. *Social Science & Medicine*, 65(3), 536-547.
- Pilgrim, D., & Rogers, A. (2005). The troubled relationship between psychiatry and sociology. *International Journal of Social Psychiatry*, 51(3), 228-241.
- Pincus, H.A. et al. (2016). A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 73.
- Provan, K. G., & Milward, H. B. (1995). A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems. *Administrative science quarterly*, 1-33.

- Regier, D.A., Narrow, W.E., Clarke, D.E. et al. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 170, 59-70.
- Rosen, G.M., & Lilienfeld, S. O. (2008). Posttraumatic stress disorder: an empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychology Review*, 28, 837-868.
- Ruef, M., & Scott, W. R. (1998). A multidimensional model of organizational legitimacy: Hospital survival in changing institutional environments. *Administrative science quarterly*, 877-904.
- Sayal, K., Chudal, R., Hinkka-Yli-Salomäki, S. et al. (2017). Relative age within the school year and diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder: a nationwide population-based study. *Lancet Psychiatry*, 4(11), 868-875.
- Scheid, T. L., & Greenberg, G. (2007). An organizational analysis of mental health care. *Mental health, social mirror* (pp. 379-406): Springer.
- Schrank, B. & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31, 321–25.
- Scott, J. (2011). Bipolar disorder: from early identification to personalized treatment. *Early Intervention Psychiatry*, 5, 89–90.
- Scott, J.A.N., Paykel, E., Morriss, R., et. al. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *British Journal of Psychiatry*, 188, 313–320.
- Scott, W. R. (1985a). Conflicting levels of rationality: regulators, managers, and professionals in the medical care sector. *The Journal of health administration education*, 3(2 Pt 2), 113-131.
- Scott, W. R. (1985b). Systems within systems: The mental health sector. *American Behavioral Scientist*, 28(5), 601-618.
- Scott, W. R. (2015). *Organizations and organizing: Rational, natural and open systems perspectives*: Routledge.
- Sercu, C., & Bracke, P. (2017). Stigma, social structure, and the biomedical framework: Exploring the stigma experiences of inpatient service users in two Belgian psychiatric hospitals. *Qualitative health research*, 27(8), 1249-1261.
- Slade, M. & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, 15, 285.
- Stuart, S., Tansey, L., & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: A systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health*, 26, 291–304.
- Sturmey, P. (2009) Case Formulation: A Review and Overview of this Volume. In: P. Sturmey (Ed.): *Clinical Case Formulation: Varieties of Approaches*, pp. 3-32. Wiley-Blackwell, Oxford, UK.
- Sutcliffe, J.P. (1994). On the logical necessity and priority of a monothetic conception of class, and on the consequent inadequacy of polythetic accounts of category and categorization. In: Diday, E., Lechevallier, Y., Schrader, M., Bertrand, P. and Burtchy, B. (eds.). *New Approaches in Classification and Data Analysis*. Berlin: Springer.
- Van Os, J. (2016). “Schizophrenia” does not exist. *The British Medical Journal*, 352: i375.
- Van Os, J. (2018). Personalised psychiatry: geen vervanger van persoonlijke psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 3, 199-204.
- Van Os, J., Kenis, G., Rutten, B.P. (2010). The environment and schizophrenia. *Nature*, 268, 203-212.
- Vanheule, S. (2017). *Psychiatric Diagnosis Revisited – From DSM to Clinical Case Formulation*. London & New York: Palgrave Macmillan.
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., Inslegers, R., Willemsen, J., De Schryver, M., Devisch, I. (2014). Reliability in psychiatric diagnosis with the DSM: old wine in new barrels. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 313-314.
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). Associative Stigma among Mental Health Professionals: Implications for Professional and Service User Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 17-32.

- Vertue, F.M., & Haig, B.D. (2008). An Abductive Perspective on Clinical Reasoning and Case Formulation. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1046-1068.
- Wahl, O. F. (2012). Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in cognitive sciences*, 16(1), 9-10.
- Wakefield, J.C, Schmitz, M.F. (1999). The measurement of mental disorder. *A handbook for the study of mental health*: 29-57.
- Wakefield, J.C. (1992). Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-II-R's definition of mental disorder. *Psychological Review*, 99, 232-247.
- Wakefield, J.C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*, 19, 337–351.
- World Health Organization (2011a).). *World report on disability*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2011b). *World report on disability – summary*. Geneva: World Health Organization.
- Yalom, I.D. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, I.D. (2017). *Becoming myself*. UK: Little Brown

V COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par arrêté royal se trouvent sur le site Internet du CSS (page : [Qui sommes-nous](#)).

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Leurs déclarations générales d'intérêts ainsi que celles des membres du Bureau et du Collège sont consultables sur le site Internet du CSS (page : [conflits d'intérêts](#)).

Les experts suivants ont participé à l'élaboration et à l'approbation de l'avis. Le groupe de travail a été présidé par **CALMEYN Marc** et le secrétariat scientifique a été assuré par **GERARD Sylvie**.

ADRIAENS Pieter R.	Philosophie	KUL
BAZAN Ariane	Psychologie	ULB
BRACKE Piet	Sociologie	UGent
CALMEYN Marc	Psychiatrie, psychothérapie	PZ Onze-Lieve-Vrouw-College
DEVISCH Ignaas	Ethique	UGent
FEYS Jean-Louis	Psychiatrie	CP St-Bernard
FROYEN Brenda	Expertise de vécu	
LEMEIRE Olivier	Philosophie	KUL
NIEMAN Dorien	Psychologie	Universiteit van Amsterdam
ROEYERS Herbert	Psychologie	UGent
VANHEULE Stijn	Psychologie	UGent

Les experts suivants ont été entendus mais n'ont pas participé à l'approbation de l'avis.

VAN OS Jim	Psychiatrie	UMC Utrecht
-------------------	-------------	-------------

Les firmes / associations / etc. suivantes ont été entendues :

VANDERBERGEN Jan	Direction Médicale	Mutualités Chétiennes
-------------------------	--------------------	-----------------------

Les administrations et/ou les Cabinets ministériels suivants ont été entendus :

LECOK Harmen	Conseiller	Ministre fédérale des Affaires sociales et de la Santé publique
---------------------	------------	---

Le groupe de travail permanent en charge du domaine Santé mentale a approuvé l'avis. Le groupe de travail permanent a été présidé par **Jacques De Mol** et le secrétariat scientifique a été assuré par **Sylvie Gerard**.

BIER Jean-Christophe	Neurologie	ULB
DE LEPELEIRE Jan	Médecin généraliste	KULeuven
LAMY Dominique	Médecin généraliste	
MAGEROTTE Ghislain	Orthopédagogie	UMons
VAN HOOFF Elk	Psychologie clinique	VUB
VAN WEST Dirk	Pédopsychiatrie	ZNA
VERSCHRAEGEN Jurn	Infirmier social	Expertisecentrum Dementie Vlaanderen

La traduction a été réalisée en externe.

www.css-hgr.be



Cette publication ne peut être vendue.



service public fédéral
SANTÉ PUBLIQUE
SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT