

.

DIAGNOSTIC ET DIAGNOSTICS EN DEFICIENCE MENTALE

Jacques Roucher

La pratique institutionnelle auprès de déficients intellectuels, et singulièrement d'adultes polyhandicapés, conduit à une double observation: il existe, d'une part, pour 1/3 à 2/3 de ces personnes, une incertitude diagnostique, et d'autre part, chez le personnel soignant (infirmiers, aides soignants, éducateurs, aides médico-psychologiques) une apparente imperméabilité à tout ce qui concerne les éléments diagnostiques et nosologiques s'agissant des déficients accueillis.

Nous soulignons, aujourd'hui, l'intérêt d'un certain nombre d'études épidémiologiques, génétiques, biologiques et étiologiques, afin d'ajuster au mieux les réponses individuelles ou collectives à proposer aux personnes déficientes mentales.

Mais, nous pourrions également mentionner que la déficience intellectuelle ne semble pas susciter autant d'interrogations, au regard du débat nosologique, même depuis l'introduction du

D.S.M. III et des discussions qu'il a suscitées, au niveau de la psychiatrie française. En effet, s'agissant des déficients mentaux, le D.S.M. III reprend, à peu de choses près, les données des classifications antérieures, essentiellement fondées sur l'ordre quantitatif, tout se passant comme si ce type de population se situait en marge d'interrogations nosographiques qualitatives, ne reposant pas seulement sur les degrés d'efficacité, évalués en termes de quotient intellectuel.

Il nous apparaît important d'insister sur le fait que l'approche diagnostique du déficient mental doit toujours procéder d'un "couplage", associant un **diagnostic étiologique**, qui doit faire l'objet d'une recherche permanente, parfois tardive chez certains déficients adultes, et un **diagnostic psychopathologique**.

Souvent, ce couplage n'existe pas, soit que l'on observe, dans certaines institutions, une prévalence des préoccupations étiologiques, notamment lorsque les étiologies organiques sont prépondérantes, soit que l'on repère, dans d'autres, une dominante de l'approche psychopathologique.

Bien entendu, l'abord quantitatif est insuffisant à apprécier, sauf malheureusement dans une intention de catégorisation sociale, la structure psychopathologique et, par voie de conséquence, les modalités de prise en charge d'un sujet déficient mental.

Il est donc nécessaire, et nous pensons que beaucoup de recherches vont dans ce sens aujourd'hui, de suggérer que la question du diagnostic, en déficience intellectuelle, doit s'envisager d'une manière pluri-factorielle, et de ne pas s'attacher seulement aux justifications étiologiques ou quantitatives.

En effet, nous savons que le diagnostic étiologique, quel que soit l'intérêt pronostique qu'il présente, n'augure pas à lui seul, de tous les modes d'expression déficitaire, tant quantitatifs que qualitatifs.

Nous savons aussi que le diagnostic étiologique, de par une sorte de référence marquée, parfois "mythologique", à l'organogenèse et à l'idée de fixité des troubles, fonctionne, le plus souvent, comme une sanction; dans ce sens, le diagnostic psychopathologique interviendrait comme un régulateur, contrebalançant l'effet de sanction, en permettant l'accès aux possibilités évolutives et aux ressources de la personne déficiente, et en tentant de lever cet a priori d'immuabilité attaché à la notion de déficience mentale, singulièrement chez les arriérés profonds.

Nous menons une recherche qui s'oriente vers la mise en évidence d'un certain nombre de variations qui peuvent être repérées, au long cours, dans les diagnostics successifs posés à l'égard de déficients mentaux adultes institutionnalisés. Quel peut-être l'intérêt d'un tel type de recherche?

D'une part, il n'est jamais inutile d'inventorier tous les facteurs pouvant entrer en ligne de compte dans l'évolution des diagnostics portés, et nous pouvons mentionner en particulier les facteurs liés à la transformation des classifications nosographiques, à la disparition de certaines entités cliniques au profit d'autres, ou encore, les facteurs liés aux changements opérés, depuis un certain nombre d'années, dans la manière même d'établir un diagnostic; faisons référence sur ce point à B. Gibello (1984) et à ce qu'il a qualifié d'approche pluri-axiale de la déficience intellectuelle, ou aux travaux d'autres auteurs, comme D.C. Samitca (1982), qui préconise un diagnostic "d'ensemble" tenant compte des facteurs environnementaux et psychosociaux.

D'autre part, dans le souci que nous avons d'une accessibilité de ces notions aux équipes soignantes de terrain, nous devons parvenir, certes avec une certaine prudence, à rendre "attractif" et utilisable le diagnostic psychopathologique comme un outil de travail et de réflexion commun aux médecins, psychologues, éducateurs et aides-soignants; ce qui aurait le mérite d'interroger, voire de lever, au sein de l'institution, certaines positions figées, voire

clivées, entre les tenants du savoir et les exécutants, positions dont les enjeux de pouvoir ne sont pas étrangers.

Certes, nous avons conscience du danger de la vulgarisation, voire de la banalisation des données psychopathologiques, danger dont chacun a pu être témoin, en France, à la suite de la loi d'Orientation de 1975, en faveur des personnes handicapées, par un vaste mouvement de "récupération" du quotient intellectuel; cet outil clinique, appréciable comme complément diagnostique, fut utilisé comme un moyen "dé-psychologisé" de catégorisation, voire de ségrégation sociale.

Cependant, rendre possible aux équipes soignantes l'accès à une discussion diagnostique ouverte, vient, à notre sens, conforter plusieurs faits:

- la culture psychopathologique tend à s'étendre, et c'est heureux, à tous les secteurs professionnels en institution;
- l'empreinte, consciente ou inconsciente, de l'"estampille" diagnostique sur le discours institutionnel et les modalités de prise en charge soignante n'est plus à démontrer; nous pouvons à ce propos, mentionner les effets néfastes, dans les 20 dernières années, d'une systématisation du diagnostic de psychose, porté à l'emporte-pièce, dans les institutions recevant des déficients mentaux, sur des

personnes qui n'étaient pas, pour beaucoup, psychotiques, ce qui pouvait conduire à des schémas de prise en charge pédagogique ou thérapeutique assez caricaturaux, voire absurdes.

Dans la voie de recherche qui s'ouvre, au repérage des modifications diagnostiques touchant une population d'adultes déficients mentaux institutionnalisés, nous tentons de mettre en évidence, à partir de l'étude de dossiers médico-psychologiques et de différents témoignages écrits qui jalonnent la vie institutionnelle de ces personnes, un certain nombre de patterns ou de séquences évolutives.

Nous nous demandons en particulier si les typologies d'évolution diagnostique observées dans un cadre institutionnel, se confirment dans d'autres, quel que soit le modèle idéologique dont s'inspire l'institution.

Pour beaucoup de chercheurs en psychopathologie, et singulièrement dans le domaine de la déficience intellectuelle, l'activité de recherche se double, et c'est tant mieux, d'une pratique de terrain. En ce sens, la mise en évidence d'aspects évolutifs dans les modes d'expression symptomatiques du sujet déficient mental très déficitaire doit contribuer à le poser, dans le quotidien, comme un être en devenir et pas seulement comme un objet d'étude, de manipulation sociale ou de quantification.

BIBLIOGRAPHIE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
(1989) *DSM III R, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Masson.

BERCHERIE, P. (1991) *Histoire et Structure du Savoir psychiatrique, les fondements de la clinique, 1*. Editions Universitaires.

BIGNAMI, G. (1989) Modèles expérimentaux chez l'animal et modèles cliniques en Psychiatrie. *Confrontations psychiatriques*, 30, 179-197.

BOURGEOIS, M. (1985) Connaissance et usage du DSM III. *In Psychiatrie française*, 51-59. Paris: Masson.

- BRODATY, H., HADZI-PAVLOVIC, D. (1990) Psychological effects on carers of living with persons with dementia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 351-361.
- CASTETS, B. (1964) Principe d'une conception structurale de l'arriération mentale. *Ann. Médico-Psychol.*, 122(1), 3, 401-426.
- C.C.A.S. (1984) *La Haye Bérou, une recherche de prise en charge globale des polyhandicapés*. Paris: Les éditions ouvrières.
- ENGEL, G. L. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- GEORGES-JANET, L. (1990) Les trajectoires médicales des polyhandicapés avant le placement en institution. Paris: Edition Cesap Formation.
- GIBELLO, B. (1984) *L'enfant a l'intelligence troublée*. Centurion.
- GOUTAL, M. (1988) Psychanalyse, théorie systémique et institution. *Nervure, journal de Psychiatrie*, 3, 11-17.
- GROSSMAN, H. J. (Ed) (1973) *Manual on terminology and classification in mental retardation*, revision. Washington.
- IONESCU, S. (1991) *Quatorze approches de la psychopathologie*. Paris: Nathan.
- LAMBERT, J. L. (1986) *Introduction à l'arriération mentale*. Bruxelles: P. Mardagag ed.
- LAVAGNA, J. P. (1977) Psychose, soins et institution. *Etudes psychothérapeutiques*, 28, 117-125.
- LIBERMAN, R. (1989) Histoire et rôle des classifications en Psychiatrie. *Psychiatrie française*, 5, 47-56.
- MISES, R. (1975) *L'enfant déficient mental*. Paris: PUF.
- MORVAN, J. S. (1992) Images de la déficience mentale et métiers d'éduquer, d'assister, d'enseigner. *Etat de la recherche en déficience mentale*. Paris: A.I.R.H.M.
- RACAMIER, P. C. (1983) *Le psychanalyste sans divan*. Paris: Payot.
- SAMITCA, D. C. (1982) L'influence des facteurs socioculturels sur la demande en soins psychiatriques. *Archives Suisses de Neurologie, neurochirurgie et de psychiatrie*, 130, 159-177.
- TOSQUELLES, F. OURY, J. (1967) Quelques problèmes théoriques de psychothérapie institutionnelle. In: *Enfance aliénée, Recherches*.
- WECKOWICZ, T. E. (1984) *Models of Mental illness, Systems and theories of Abnormal psychology*. Springfield III, Charles C. Thomas.