

Les mutations de la psychiatrie

Jusqu'aux années 1970, être malade psychiatrique c'était souvent vivre à l'hôpital. Les réformes successives ont permis la prise en charge des patients en dehors de l'hôpital. Puis la notion de « handicap psychique » s'est imposée pour organiser les interventions en associant usagers, familles et professionnels.

Les nouvelles frontières de la santé mentale

Nicolas Henckes
Chargé de recherche
CNRS, Centre de
recherche Médecine,
Sciences, Santé,
Santé mentale et
Société (CERMES3)

Le renouveau des débats sur les contours de la santé mentale auquel on assiste en France depuis une quinzaine d'années reflète une série de transformations de fond dans le rapport de notre société à des problèmes qui récemment encore relevaient essentiellement de la sphère privée. À la prise de conscience, maintenant ancienne, des conséquences de ce qu'il est convenu d'appeler la « désinstitutionnalisation », c'est-à-dire la fermeture des grandes structures d'hospitalisation psychiatrique et le transfert de la prise en charge des pathologies psychiatriques graves dans la communauté, s'ajoute désormais une perception nouvelle de la charge des pathologies psychiatriques dans la morbidité au sein des sociétés occidentales. Au début des années 2000 le projet *Global burden of disease* de l'Organisation mondiale de la santé montrait ainsi pour la première fois la contribution déterminante des maladies mentales aux pertes d'années de vie ajustées de l'incapacité (DALY) et depuis lors ce constat a été intégré à l'ensemble des rapports ou plans sur ces questions dans les pays occidentaux, ouvrant sur de nouvelles politiques de santé mentale.

Très polémiques en France dans le courant des années 2000, à un moment où la promotion de la santé mentale

était perçue par une frange des psychiatres comme une remise en cause des dispositifs de la psychiatrie publique, les discussions sur ces problèmes se caractérisent aujourd'hui par des tendances contradictoires. D'un côté, les médias se font régulièrement l'écho d'appels à apporter une meilleure réponse aux problèmes de santé mentale auxquels font face les individus dans une diversité de situations sociales : le poids de la souffrance psycho-sociale dans les relations de travail ou encore des pathologies psychiatriques en prison sont ainsi devenus des thèmes importants du débat sur ces institutions. De l'autre côté, ces mêmes médias soulignent, non moins régulièrement, le risque d'une psychiatisation à outrance de nos sociétés : ainsi très récemment des polémiques autour de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique de l'*American Psychiatric Association* (DSM), soupçonné par certains de promouvoir la « pathologisation » d'états normaux comme le deuil, ou encore des controverses sur le dépistage précoce des troubles du comportement. Ces discussions révèlent de fait une série de difficultés profondes pour notre société à appréhender les limites de la santé mentale et de la psychiatrie dont on voudrait dans cet article donner quelques illustrations.

De la souffrance psychosociale aux troubles psychiatriques

On s'accorde généralement pour distinguer trois éléments dans la notion de santé mentale [13]. Le premier correspondrait à la « santé mentale positive », soit à un sentiment de bonheur et à une capacité à s'adapter de façon dynamique aux stress de la vie quotidienne. Le second élément serait la souffrance psychique ou psychosociale, c'est-à-dire des états de mal-être caractérisés par des symptômes dépressifs ou anxieux mineurs qui ne justifient pas le diagnostic d'une pathologie psychiatrique. Le troisième élément, finalement, serait la maladie psychiatrique caractérisée. Cependant, au-delà de ces définitions très générales, les difficultés commencent lorsqu'il s'agit de donner une définition opérationnelle de ces différents éléments, de leurs relations et de leurs limites. Certains auteurs [13] proposent de penser santé mentale et troubles psychiatriques comme deux pôles d'un *continuum* entre lesquels on pourrait faire figurer la souffrance psychique. D'autres suggèrent de distinguer deux *continuums* distincts correspondant respectivement à la santé mentale, qui pourrait être bonne ou mauvaise, et la maladie mentale, qui irait de l'absence de symptômes à la présence de symptômes graves. Par ailleurs, la plupart des modèles insistent sur l'intrication des dimensions psycho-sociales et biologiques dans la santé mentale. En fin de compte cette dernière, plus qu'une propriété individuelle, apparaîtrait dans ces conceptions comme une dimension de la vie en société. Ces approches reflètent ainsi un constat général : la santé mentale est devenue une façon d'exprimer et de vivre ses relations sociales. Ce constat est particulièrement évident dans certaines sphères de la vie sociale : ainsi du travail où la souffrance psychosociale tend à devenir un mode d'expression des conflits sociaux, ou encore de l'école où l'hyperactivité est devenue une façon d'aborder les problèmes des élèves en difficulté.

À l'inverse, on peut faire observer qu'il n'est pas évident de proposer des définitions de la santé mentale, des troubles psychiatriques et de leurs frontières, sans faire intervenir leur retentissement social. Jusqu'à sa quatrième édition, le DSM faisait ainsi de la présence d'une « détresse », d'un « handicap » ou d'un « risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté » une condition de la définition d'un trouble psychiatrique. À l'occasion de la révision de ce manuel, des débats ont conclu à la nécessité de mieux distinguer dans cette définition d'une part ce qui ressort des processus pathologiques, qui seuls devraient avoir une place dans une classification des maladies psychiatriques à vocation clinique, et d'autre part ce qui relève du « fonctionnement » social ou du handicap. Pour autant des participants à ces discussions ont pointé les difficultés à mener jusqu'au bout cette clarification dans la mesure où la définition de nombreuses catégories comporte, de façon plus ou moins explicite, des références à des éléments de fonctionnement. S'ils peuvent paraître assez théoriques, ces débats ont cependant des

conséquences concrètes dans la définition et la prise en compte par les systèmes de santé d'un certain nombre d'états aux limites de la pathologie. Deux exemples permettront d'illustrer ce problème.

Le premier est la catégorie des « troubles anxieux et dépressifs mixtes » créée dans la 10^e révision de la Classification internationale des maladies au début des années 1990. Cette catégorie est définie par la présence simultanée de symptômes anxieux et dépressifs sans que leur sévérité justifie le diagnostic de troubles anxieux ou d'une dépression. Elle est supposée permettre de mieux prendre en compte des présentations cliniques répandues dans les services de santé primaire mais qui dans la nosologie traditionnelle se situent en dessous des seuils cliniques. Des travaux épidémiologiques britanniques récents ont cependant montré la charge que représenteraient ces états pour nos sociétés [16]. Ces derniers expliqueraient ainsi jusqu'à 20 % du total des arrêts de travail en Grande-Bretagne et la moitié du total des arrêts de travail pour raison psychiatrique. Par ailleurs la phénoménologie de ces troubles ne différerait pas significativement de celle des troubles anxieux ou dépressifs. Ces différents éléments plaideraient ainsi, selon les auteurs, pour une meilleure reconnaissance par les dispositifs de santé d'états qui se situent pourtant en deçà de la pathologie.

Les travaux sur les « états mentaux à risque » conduisent à des conclusions similaires. Ces états, qui correspondent le plus souvent à des symptômes psychotiques atténués, ont été définis dans le courant des années 1990 par des psychiatres anglo-saxons dans le cadre de tentatives de développer des stratégies spécifiques de prévention des psychoses. Des publications récentes ont cependant conclu que le caractère prédictif de la catégorie n'était probablement pas suffisant pour qu'on puisse la traiter comme un risque spécifique. En revanche les personnes concernées souffriraient de comorbidités et d'altérations du fonctionnement social qui seraient suffisamment sérieuses pour justifier leur prise en charge [24]. Des études longitudinales conduites avec des personnes répondant aux critères d'états mentaux à risque ont ainsi suggéré que celles d'entre elles qui ne développent pas de symptômes psychotiques pourraient avoir sur le long terme une qualité de vie significativement inférieure à celle des personnes qui en développent. Cet exemple, comme celui des troubles anxieux et dépressifs mixtes, démontre ainsi les difficultés de délimiter de façon univoque ce qui relève ou non de la psychopathologie. Il existerait une série non négligeable de problèmes de santé mentale en dessous des seuils cliniques dont le retentissement, pour les personnes, pourrait être plus important que celui de pathologies plus caractérisées.

De la chronicité au rétablissement

On pourrait penser que, contrairement à ces états aux limites de la psychopathologie, les pathologies mentales graves posent moins de problèmes de définition et de délimitation. Il n'en va pas ainsi. Jusqu'aux années 1970 environ, la chronicité correspondait pourtant à

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

une expérience sociale bien déterminée : être malade psychiatrique au long cours, c'était le plus souvent vivre à l'hôpital psychiatrique sous un statut de mineur. Cette expérience a été brouillée par les nouvelles trajectoires de maladie produites par la désinstitutionnalisation. Les personnes concernées cumulent aujourd'hui des formes de vulnérabilités sociales et psychologiques qui rendent difficiles la compréhension des dynamiques en jeu : qu'est-ce qui, du processus pathologique lui-même, des conditions qui ont pu favoriser son émergence ou de ses conséquences sur le plan social, est déterminant pour le statut de ces personnes ? C'est pour faire face à ces enjeux que de nouvelles conceptualisations en termes de réhabilitation ou de rétablissement (*recovery*) ont émergé dans la littérature internationale ces trente dernières années [60]. Elles restent néanmoins marquées par une série de tensions dont on voudrait dans la suite de cet article donner quelques illustrations.

En France, depuis le début de la décennie 2000, c'est la notion de « handicap psychique » qui s'est imposée pour organiser les interventions et les travaux sur ces enjeux. L'origine de cette catégorie est à rechercher dans l'évolution des politiques de santé et des politiques sociales dans le courant des années 1970 : elle correspond alors à la mise en place d'une sorte de division du travail entre institutions et acteurs relevant du « médical » d'un côté et du « social » de l'autre. Répondant à l'origine à des logiques médico-économiques et politiques, ce mouvement n'a pas été soutenu dans un premier temps au moins par les professionnels de la santé mentale. Depuis cette période, les réformes hospitalières successives ont conduit à une relative rationalisation du dispositif psychiatrique autour des « secteurs » dont les missions ont été recentrées sur l'accompagnement médical des personnes. En regard, cependant, le champ des institutions sociales et médico-sociales intervenant auprès des personnes souffrant de troubles psychiques a explosé. Il correspond aujourd'hui à une diversité d'interventions reposant sur des modèles non moins divers entre lesquelles les personnes, leurs proches comme parfois les professionnels eux-mêmes ont souvent du mal à s'orienter. Dans certains cas les interventions elles-mêmes apparaissent peu définies : ainsi par exemple l'action des mandataires judiciaires chargés d'assurer la gestion des mesures de tutelle ou de curatelle, qui réalisent un travail d'accompagnement social à la fois peu encadré et mal reconnu, aux limites du soin et du conseil juridique.

La complexité des dispositifs institutionnels fait par ailleurs écho aux difficultés de la qualification et de l'évaluation du handicap psychique. Depuis une dizaine d'années, un nouveau volet de recherches en neuropsychologie a insisté sur le rôle des troubles de la cognition dans les difficultés que rencontrent les personnes souffrant de pathologies psychiatriques [59]. L'essor de ces travaux conduit aujourd'hui à l'émergence d'une nouvelle symptomatologie qui paraît offrir des perspectives pour une reconceptualisation en profondeur de la clinique des pathologies au long cours. Sur le plan des prises en


charge, ces approches sont couplées à des méthodes d'éducation thérapeutique ou d'entraînement des capacités cognitives, parfois associées à des prises en charge institutionnelles. On peut citer par exemple les stratégies de « remédiation cognitive » fondées sur l'entraînement des capacités cognitives des personnes au cours de prises en charge étalées sur plusieurs semaines. Pour autant, l'évaluation du bénéfice de ces stratégies pour les personnes est complexe et l'on sait mal mesurer les façons dont ces dernières en transportent les acquis dans l'ensemble des dimensions de leur vie.

Ces stratégies n'épuisent pas, par ailleurs, les approches contemporaines de la maladie au long cours. Ainsi, depuis une vingtaine d'années, une série de nouveaux mouvements de psychiatrie critique, originaires des pays anglo-saxons, mettent en avant la capacité des personnes à faire face elles-mêmes à l'impact de la pathologie sur leur vie et appellent dès lors à une démedicalisation de leur prise en charge. On peut mentionner par exemple le mouvement des « entendeurs de voix » né aux Pays-Bas à la fin des années 1990 qui propose d'aborder le fait d'entendre des voix comme une expérience porteuse de sens et non comme un symptôme psychiatrique. Le mouvement propose des groupes de paroles où les personnes peuvent exprimer leur expérience et apprendre à en gérer les aspects anxiogènes. En prônant la reconnaissance de styles personnels différents, les entendeurs de voix rejoignent d'autres mouvements comme celui de la neurodiversité dans le champ de l'autisme qui posent un défi à nos conceptions de la normalité.

En France, ces mouvements ont encore peu d'audience. Mais ils trouvent un écho dans l'insistance nouvelle des politiques de santé mentale sur la responsabilisation des personnes et de leurs familles. On pense à la promotion récente par les pouvoirs publics des « groupes d'entraide mutuelle » (GEM), soit d'associations ouvertes exclusivement à des personnes souffrant d'un handicap psychique avec l'objectif de leur permettre de développer des projets, ou encore à des expérimentations de dispositifs de « pairs aidants », qui visent à promouvoir l'expertise des personnes elles-mêmes en leur reconnaissant un rôle dans l'accompagnement de leurs pairs. De façon plus générale, ce mouvement est à l'œuvre dans les évolutions de la notion de responsabilité dans les droits civil et pénal. Ainsi la réforme de 2007 du droit des tutelles a-t-elle cherché à donner une place plus importante aux personnes dans la procédure judiciaire, puis l'accompagnement au jour le jour, en réaffirmant que l'objectif de ces mesures est bien de « favoriser[r], dans la mesure du possible, [leur] autonomie ». Si ces évolutions contribuent sans doute à une meilleure reconnaissance des personnes concernées, de façon ambivalente elles peuvent également contribuer à rendre invisibles certaines formes de vulnérabilités à la fois sociales et individuelles.

Ces différentes approches de la maladie mentale au long cours et les tensions qu'elles génèrent reflètent ainsi toute la difficulté à répondre à une série de questions fondamentales : comment comprendre les difficultés de

vie des personnes ? Quelles formes de soin ou de souci de l'autre ces dernières appellent-elles ? Jusqu'à quel point ce soin relève-t-il de la médecine ? De même que celles soulevées par les symptômes atténués que l'on a évoquées plus haut, ces questions ne découlent pas

seulement des difficultés à établir les limites entre normal et pathologique. Elles renvoient plus fondamentalement aux rapports que notre société dans son ensemble entretient aux enjeux de santé mentale et aux significations complexes et ambiguës qu'elle leur accorde. 

L'organisation des soins de santé mentale en France en 2013

L'un des traits fondamentaux des pathologies psychiatriques est qu'elles affectent souvent, dans les moments aigus, la lucidité et le jugement des personnes qui en sont victimes, comme parfois aussi ceux de leurs entourages, aspirés malgré eux dans un enchevêtrement relationnel pétri d'intersubjectivité. La nécessité des soins qu'elles requièrent est donc bien souvent ignorée, voire niée.

C'est la raison pour laquelle ces soins doivent être organisés. À l'inverse des pathologies somatiques, où une souffrance vécue comme extérieure au sujet dans sa conscience de lui-même, et donc aisément identifiable, gouverne une demande qui n'a besoin que d'être concrètement entendue, les pathologies psychiatriques ne portent pas en elles-mêmes la déduction de leur résolution. L'appareil de soins se doit donc d'être davantage organisé, visible, les réponses davantage connues, les filières davantage éprouvées et validées pour être plus accessibles à ceux qui en ont le plus besoin, et donc plus efficaces. C'est la démonstration de leur utilité, de leur disponibilité, de leur sobre neutralité qui permettra le recours aux dispositifs et aux professionnels qui les délivrent.

Bien entendu cette organisation du système de soins est appelée à évoluer sans cesse, pour mieux répondre aux besoins exprimés par les patients, et évaluée par le corps médical. L'option française à en réserver toujours davantage, au fil des évolutions législatives, la responsabilité à la seule administration, faisant des médecins les exécutants de choix stratégiques décidés d'en haut, est problématique [44]. Ces choix ne pourraient être protégés de l'arbitraire, – ou des idées reçues des « managers de santé » – que par une « démocratie sanitaire » dynamique et rigoureuse, portée au niveau territorial par l'ensemble des acteurs et partenaires de la santé, mais l'on connaît les difficultés de l'exercice dans le cadre purement consultatif qui lui est actuellement réservé (loi HPST, 2009¹).

Car l'enjeu de cette transformation continue du système de santé est la justesse de la réponse de soins, qui ne peut être appréciée que par les usagers et ses acteurs

eux-mêmes, sur la foi d'indicateurs reconnus pertinents. Les problématiques financières sont manifestement à l'origine de cette captation de la décision par l'État, mais il n'est pourtant pas absurde de penser que l'économie globale du système ne viendra au contraire que de l'adéquation du soin aux besoins effectifs du patient, ce qui serait le bon moyen d'assurer aux budgets publics le meilleur usage.

Et c'est la question qui constituera le fil rouge de cet article : le système de soins psychiatriques français, dans ses réalités actuelles comme dans ses perspectives, est-il la meilleure réponse aux besoins de soins de la population ?

Mais quels soins ? Une distinction réglementaire historique est opérée en France entre les soins de santé (l'équivalent du « cure » des pays anglo-saxons) et l'accompagnement médico-social (le « care »). Les financeurs, le cadre législatif, les acteurs professionnels, leur formation, leur culture, leur cadre conceptuel prévalent sont différents et cette césure insistante contribue à l'ignorance réciproque de ces deux mondes, qui auraient pourtant aujourd'hui tout intérêt à travailler étroitement ensemble. Il est en effet établi que la sécurisation des ressources, le travail, le logement, la compensation des difficultés d'autonomie sociale sont des facteurs puissants de prévention [61] et par ailleurs que la stabilité symptomatique est la condition pour que la personne atteinte des troubles puisse se saisir des soutiens sociaux qui sont mis à sa disposition. Autrement dit, dans le registre de la qualité de vie, de la santé de la personne, comme dans le registre purement économique, ces deux approches se renforcent l'une l'autre. C'est l'un des constats les plus anciens et solides effectués en pratique de secteur, notamment.

Mais depuis quinze ans, la pratique de secteur a dû se recentrer sur son cœur de métier, la gestion de la crise. L'augmentation continue des files actives depuis vingt ans², la diminution des moyens des secteurs (hors effet de la réduction du temps de travail, op. cit.), et depuis une dizaine d'années l'irruption d'une avalanche d'exigences formelles (certifications, protocolisations, application de la loi de 2011...), dont l'effet sur la disponibilité des soignants n'a pas été assez mesuré, ont

Denis Leguay
Psychiatre des
hôpitaux, Angers
Magali Coldefy
Géographe, maître de
recherches, Institut
de recherche et
documentation en
économie de la santé
(Irdes)

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 64.*

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

2. Coldefy M. *La prise en charge de la santé mentale : recueil d'études statistiques*. La Documentation française, 2007.