

Claude Léger

Qu'est-ce qu'une santé mentale ?

La santé mentale fait partie du champ de la santé publique. Cette dernière est née avec le transfert des charges sanitaires auparavant assurées par les congrégations religieuses. L'État prit alors à sa charge la lutte contre ce qu'il était convenu d'appeler des fléaux : le combat contre les épidémies, mais aussi l'assainissement de l'air et de l'eau, selon les programmes hygiénistes et protectionnistes. L'hygiénisme de la fin du XIX^e siècle a servi de base à des politiques de prévention qui se voulurent d'emblée internationales.

En France, fut institutionnalisé en 1927-1928, sous le nom d'Office de prévention et d'hygiène sociale (OPHS), un dispositif de lutte contre la tuberculose, les maladies vénériennes et de protection de l'enfance. L'hygiène mentale y fut incluse par le Front populaire. Ce fut l'œuvre d'Henri Sellier, ministre de la Santé en 1936 – je fais ici devoir de mémoire. Il était le fils spirituel d'Édouard Vaillant et le créateur des célèbres cités-jardins de la banlieue parisienne, avec de forts principes hygiénistes, ceux dans l'air du temps, de cet air qu'il s'agissait de rendre salubre. C'est lui qui fit entrer l'hygiène mentale dans l'OPHS, avec difficulté dans la mesure où la psychiatrie publique dépendait de l'administration des asiles, donc des préfets, ce qui explique la lenteur avec laquelle l'hygiène mentale se mit en place. Les premières consultations concernèrent les enfants à partir de 1941 à Paris ; en effet la loi de 1838 ne s'appliquait pas aux mineurs, et les enfants arriérés étaient placés dans des institutions congréganistes. Un autre élément qui a joué dans la politique de l'OPHS fut, après 1938, l'articulation de la santé publique avec les premières caisses d'assurance sociale ; il s'agissait de faire prendre en charge non plus des soins, mais de la prévention.

Le premier modèle de l'hygiène mentale fut donc celui mis en place pour la tuberculose, avec à l'origine les idées de l'Armée du

Salut et de la fondation Rockefeller, dont l'organisation perdura d'ailleurs en Angleterre à la Tavistock Clinic, en lien étroit avec la psychanalyse.

Le geste inaugural de la prise en charge était le dépistage, ce qui ne fut pas aisé à mettre en place, ni pour les enfants placés dans des institutions toutes catholiques, ni pour les adultes dans les départements où il y avait un asile psychiatrique. On commença donc dans ceux qui en étaient dépourvus. Ce fut le cas en Seine-et-Marne en particulier, où la notion de secteur s'ébaucha dès 1928. Chaque secteur était rattaché à un dispensaire polyvalent auquel on avait déjà inclus l'hygiène mentale. Le deuxième geste, après le dépistage, fut la codification des malades selon leur état, avec une visée statistique, en vue de leur orientation et de la création de moyens.

Donc, dès avant la Seconde Guerre mondiale, un dispositif de santé mentale (à cette différence notable que la santé se dénommait alors « hygiène ») avait été conçu pour dépister les malades mentaux. La notion d'hygiène était corrélative de celle de « lutte contre les fléaux » et de condition de la santé, de la bonne santé. Aujourd'hui, on agit pour la santé, car les fléaux ont été démembrés. À titre d'exemple, on ne peut pas dire du suicide que c'est un fléau ; c'est un problème, statistiquement parlant, de santé publique, et qui concerne surtout les adolescents. Mais ces derniers sont aussi concernés par le cannabis, l'alcool, l'anorexie, la boulimie, la délinquance, la déscolarisation, les conduites à risque, etc. Donc, à moins de considérer que l'adolescence soit un fléau, il n'est guère envisageable d'organiser une « lutte contre ». À l'inverse, une action pour la santé est tout à fait possible. C'est, du reste, ce qui est à la base de l'idée des « maisons des adolescents » et des « espaces-santé-jeunes ».

Je reviens en arrière pour étayer mon propos sur les articulations et les ruptures qui nous permettent de saisir ce qu'il en est de notre santé mentale contemporaine.

L'Occupation a démontré la limite de l'organisation asilaire de la psychiatrie publique. L'impéritie de l'État français, durant ces années noires, a causé la mort de milliers de patients internés, en raison de carences multiples.

Il y eut cependant une exception, celle de l'asile départemental de Lozère, à Saint-Alban. Je participe là encore au devoir de mémoire

en citant le nom de ceux qui sont entrés en résistance, non seulement contre la catastrophe sanitaire mais contre l'occupant. Je citerai donc parmi les psychiatres engagés dans cette aventure : Paul Balvet, Lucien Bonnafé, François Tosquelles, Georges Daumézon, auxquels s'adjoindront Georges Canguilhem et des passagers comme Eluard ou Tzara. Il est presque inimaginable aujourd'hui de penser que la rupture qui allait servir de base de réflexion à la psychiatrie française d'après-guerre soit née de cette rencontre du type « cadavre exquis » dans le Gévaudan.

À la Libération, de Gaulle mit en place un dispositif sanitaire quasi militaire. La réorganisation de la Santé se fondait de nouveau sur une médecine sociale où la psychiatrie allait prendre une place éminente, puisque cette discipline reposait sur un dispositif institutionnel public à réformer de fond en comble.

Donc, en 1945, se tinrent les premiers véritables états généraux de la psychiatrie. C'est là que le mot « secteur » réapparaît : le médecin des asiles est promu au rang de responsable de la santé mentale d'un secteur de population. Il s'agit d'un moment de renaissance de la psychiatrie française, amplifié un an plus tard par Henri Ey avec le congrès de Bonneval sur la causalité psychique, auquel participent Bonnafé, Tosquelles et, bien sûr, Lacan. La psychanalyse est alors totalement impliquée dans la psychiatrie. Ce creuset a malheureusement été brisé en 1949 par la rupture du Parti communiste français avec la psychanalyse, « idéologie réactionnaire », avant que celle-ci ne se déchire elle-même en 1953. Je note au passage que la reprise du « stade du miroir » par Lacan date aussi de 1949, texte qui rappelle que « le fléau de la balance psychanalytique » nous permet de calculer les menaces qui pèsent sur « des communautés entières » et « nous donne l'indice d'amortissement des passions de la cité ». Nous sommes loin aujourd'hui d'un tel usage, depuis qu'un des plateaux de la balance s'est lesté d'expertises méta-analytiques des thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

Mais je vais revenir à l'immédiat après-guerre, où s'est mise en place la santé mentale sur la base de trois principes qui allaient fonder la politique de secteur psychiatrique : le principe d'unité, le principe de continuité et celui de travail en direction de l'environnement social.

Le principe d'unité a été engagé dans les années 1950 avec l'implication des infirmiers dans les pratiques institutionnelles, en particulier grâce aux Croix Marine et aux CEMEA. Apparaît à cette époque une nouvelle idée qui sera développée bien plus tard : celle de réseaux (n'oublions pas que tout cela est né de la Résistance).

La date de naissance officielle du secteur psychiatrique remonte à la circulaire du 15 mars 1960. Elle devait servir de base prévisionnelle pour le IV^e Plan et avait au départ pour objet la modernisation des hôpitaux psychiatriques.

En fait, grâce à la volonté politique et à l'implication des psychiatres précités engagés dans l'élaboration de cette immense réforme, la circulaire a finalement défini un plan de santé mentale qui perdure encore aujourd'hui vaille que vaille (ou coûte que coûte), puisque, dans l'introduction du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008, il est inscrit au fronton : « [La France] dispose d'une organisation particulière, sur laquelle il convient de prendre appui, le secteur psychiatrique, qui garantit à chaque habitant le recours à une équipe psychiatrique de référence... » (p. 6 du Plan).

La question se pose alors de savoir si cette nouvelle santé mentale a encore à voir avec celle qui a été élaborée tout au long du XX^e siècle, à partir des conceptions hygiénistes des États devenus responsables de la lutte contre les grands fléaux sanitaires, dont la plupart découlaient de l'environnement physique et des conditions de vie précaires de la majorité de la population. De ce point de vue, rien n'a foncièrement changé : les liens entre les épidémies, les pandémies mêmes, et l'organisation sanitaire, le développement des infrastructures visant l'assainissement restent un principe de base des politiques de santé.

Les principes d'unité, de continuité et de travail avec l'environnement qui ont fondé la politique de secteur psychiatrique pourraient encore s'appliquer à la conception de toute politique sanitaire. Or, ce n'est pas ce que la majorité des États prône aujourd'hui. Paradoxalement, la mondialisation, c'est-à-dire l'universalisation de ce que Lacan nommait le discours capitaliste, entraîne un désengagement des États à tous les niveaux des politiques sanitaires. Pour ce faire, on commence par rompre avec le principe d'unité : on spécialise pour traiter un problème, non plus en l'intégrant à un ensemble

polyvalent trop lourd économiquement et politiquement, mais à une chaîne sur le modèle des arbres décisionnels, dont le but est d'obtenir le meilleur rapport qualité-prix. On va donc faire avec ce qui existe et faire savoir que ça existe à ceux qui ne le savaient pas encore, après quoi on pourra mettre des moyens à disposition, à condition que l'utilité de ces moyens ait été « évaluée ».

Cela est particulièrement significatif en santé mentale. Le Plan 2005-2008 commence du reste par : « Mieux informer et prévenir. » On y apprend que la France est à la traîne des pays européens en matière de santé mentale positive. La fréquence des troubles dépressifs et anxieux y est particulièrement élevée, et certaines populations d'autant plus exposées : les jeunes, les vieux et les chômeurs.

On pourrait penser que l'État a un rôle primordial à jouer face à ces situations, que ce soit au niveau de l'éducation, de la formation professionnelle, d'une politique de l'emploi ou encore de l'assistance aux personnes âgées.

Le Plan Santé mentale, c'est-à-dire le Gouvernement, donne sa réponse, c'est l'information (axe 1). Il faut informer le public en organisant des « campagnes médias grand public », sans doute par la télé-réalité. Il faut sensibiliser les parlementaires (on voit que monsieur Accoyer est un homme très sensibilisé). Il faut sensibiliser les professionnels qui sont au contact du public par des actions de promotion de la santé mentale. Il faut « faire connaître et utiliser par les professionnels de santé les méthodes d'écoute [...] ainsi que les outils de *screening* et de diagnostic [...] ». On pourrait peut-être aussi sensibiliser les psychiatres, s'il en reste encore. Mais le ministère ne va pas jusqu'à les considérer comme non totalement informés et préfère les mettre à la place des « personnes-ressources », ainsi que les psychanalystes qui font partie de « l'ensemble des sensibilités de la psychiatrie française » (en gras dans le texte) susceptibles d'aider à « la révision des recommandations » (p. 65 du Plan).

Si l'on suit la chaîne d'événements qui aboutit à mettre la dépression à la place éminente qu'elle occupe dans le Plan avec le suicide, on peut la décliner ainsi : l'Organisation mondiale de la santé (OMS) constate depuis un certain nombre d'années que la dépression a un coût économique considérable dans les pays développés. En 1983, le DSM de l'APA (American Psychiatric Association) sort sa

troisième édition avec le découpage du corpus kraepelinien que l'on connaît, parmi lequel la classification des troubles bipolaires. Parallèlement, les laboratoires pharmaceutiques cherchent des molécules antidépressives qui n'aient pas les effets secondaires des tricycliques, jusque-là les seuls antidépresseurs efficaces. Progressivement, les ISRS, dont le plus connu reste le Prozac, vont se répandre sur le marché, à destination des médecins généralistes, d'abord pour le traitement de la dépression, puis pour d'autres troubles considérés comme connexes, soit parce qu'ils la favorisent (les TOC, les phobies sociales), soit parce qu'ils sont intriqués à elle (l'anxiété généralisée). Cependant, le Prozac a connu une diffusion telle qu'il a fallu envisager sa régulation. Celle-ci s'est faite de plusieurs façons : d'abord par la concurrence, avec l'arrivée de nouveaux produits de la même famille moléculaire sur le marché ; puis par l'affirmation par les tenants des TCC que la psychothérapie ou les programmes psycho-éducatifs permettaient de diminuer la prise de psychotropes ; enfin par la mise en place de fiches de bonnes pratiques (en France sous la responsabilité de l'Agence nationale d'évaluation et d'accréditation en santé – ANAES –, puis de la Haute Autorité de santé – HAS –) issues de conférences de consensus à destination des médecins généralistes. Le psychiatre a pratiquement disparu de la chaîne, comme il est en voie de disparition du paysage médical. La dépression a été créée comme un fléau moderne jusqu'à devenir « une maladie à dompter ». C'est ainsi que *Le Point* sous-titrait en novembre dernier un supplément d'information qui mettait principalement l'accent sur les associations d'usagers. C'est l'application du Plan Santé mentale pour *60 millions de consommateurs*.

Le type de chaîne factuelle que je viens d'évoquer pour la dépression peut s'appliquer à n'importe quelle pathologie psychique dès qu'elle est repérée comme spécifique. Le Plan en définit un certain nombre, dont aucune ne renvoie à une conception psychopathologique des troubles recensés. On trouve bien à côté de la dépression et du suicide les agresseurs sexuels, mais, pour le reste, ce sont des définitions d'actions à l'égard de populations spécifiques : les détenus, les nouveau-nés, les adolescents, les personnes en situation de précarité ou d'exclusion, les personnes âgées, les victimes de catastrophe.

Il apparaît que ce pour quoi la psychiatrie publique a été conçue et qui reste le cœur de sa mission, à savoir la prise en charge

de la psychose, a disparu des objectifs planificateurs. C'est pourquoi ce plan est un leurre : le terme « psychiatrie » y a été ajouté pour complaire à une profession qui gère cahin-caha, c'est-à-dire dans des conditions de grande précarité, la maladie mentale, sans discrimination possible, sans catégorisation des troubles selon des sous-spécialités qui entérinent toutes un type de chaînes dont la psychiatrie est exclue ou, au mieux, marginalisée. Qu'il s'agisse de l'addictologie, de la suicidologie, de la psychogérontologie, de l'oncopsychologie, de la victimologie, etc., la psychiatrie a perdu la main. Elle a du reste perdu ses lits sans recevoir de moyens alternatifs à la hauteur de ce que nécessitait le développement des secteurs. Elle a perdu son unité et sa continuité, en laissant introduire des dichotomies entre pathologies aiguës et chroniques, en se laissant médicaliser, intersectorialiser, privatiser, c'est-à-dire aussi priver de son pouvoir. Il s'agissait non plus du pouvoir disciplinaire du temps des asiles, mais du pouvoir politique qui plaçait les psychiatres à un niveau décisionnaire. Certains rapports récents sont instructifs à cet égard.

Voici le genre de mission dont le ministre charge, en 1991, un psychiatre des hôpitaux connu pour ses « publications scientifiques » et ses « activités professionnelles » : « Cette mission a pour objectif la présentation de recommandations et de solutions pragmatiques qui permettront au Gouvernement de développer la psychiatrie à l'hôpital général sans entraîner une augmentation globale des dépenses de l'assurance maladie. »

Ce rapport – et il ne s'agit pas d'une coïncidence fortuite – est contemporain de la disparition du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, et il suit de quelques années la disparition de l'internat des hôpitaux psychiatriques, laquelle était contemporaine de la traduction française du DSM-III, qui fait date de la mutation dont nous connaissons aujourd'hui les résultats problématiques.

On peut noter que cette médicalisation de la psychiatrie a favorisé la parcellisation en sous-spécialités et a permis la diffusion sur le marché de la santé non seulement de nouveaux psychotropes, mais aussi des TCC.

Les psychanalystes montent alors au créneau. D'aucuns trouveront que c'est un peu tard, qu'ils auraient pu y penser avant que le nom d'Accoyer ne devienne célèbre. Tant pis, c'est ainsi. La

psychanalyse a subi le sort de la psychiatrie qu'elle a pourtant contribué à nourrir pendant près d'un demi-siècle non seulement en s'intégrant à l'institution, qu'il s'agisse de la psychothérapie institutionnelle ou des références du 13^e arrondissement, mais au-delà sur le versant santé mentale avec ce que j'appellerais « l'effet Dolto ».

Quelques-uns ont eu la prémonition de ce qu'allait être la crise actuelle. Lacan, bien évidemment, en créant la section clinique de Vincennes, qui allait devenir Paris-VIII, visait à remettre en chantier la clinique psychiatrique avec les instruments conceptuels de la psychanalyse. Mais c'était sans compter que la formation des psychiatres allait passer « corps et âme », si je puis dire, à des hospitalo-universitaires dont les références s'orientèrent rapidement vers les normes états-uniennes. Ce sera le triste lot non seulement des psychiatres, mais également des psychologues, comme on l'a vu récemment par la politique de recrutement des universitaires en psychologie, appuyée par des arguments convergents pour dénier à la psychanalyse un prétendu monopole dans les formations. Rien d'étonnant donc à ce que celle-ci devienne une « sensibilité parmi d'autres » dans le Plan 2005-2008.

Mais il y a plus inquiétant dans ce document. C'est la conception que se fait le ministère de la recherche clinique en psychiatrie (axe 3.3). En effet, on y lit ceci : « C'est par la recherche clinique en psychopathologie que les progrès en neurobiologie peuvent trouver leurs applications en psychiatrie [...], c'est la raison pour laquelle l'INSERM a créé des comités d'interface avec les sociétés savantes de différentes disciplines, afin de faire émerger les orientations préférentielles pour la recherche. » Cela est rendu possible grâce à l'inclusion de « patients souffrant de maladie psychiatrique dans les protocoles de recherche clinique ». Enfin, un axe prioritaire « psychiatrie-santé mentale » est inscrit par le ministère afin de financer des recherches au sein de la thématique « Neurosciences » de l'Agence nationale de recherche. Voilà l'état des lieux.

Pour résumer, on a d'un côté le pôle « neurosciences » qui englobe la recherche fondamentale en biologie avec ses applications médicamenteuses, ainsi que les recherches cognitivistes pour étayer les nouvelles modalités psychothérapeutiques, et de l'autre côté le marché des psychothérapies, tellement développé qu'il convient de

l'évaluer pour mieux le contrôler. Si les psychothérapeutes sont formés par l'Université, tout l'appareil de santé mentale sera « under control ».

Il serait vain de laisser croire que la santé mentale fait disparaître la psychiatrie contre son gré, car de nombreux psychiatres ont laissé faire, certains tentés par les sirènes de la médicalisation, d'autres par l'attrait du libéralisme. Le résultat, c'est que le modèle sur lequel la psychiatrie française s'est construite au XX^e siècle a été détourné par l'économie libérale et que tous les processus d'évaluation en sont la conséquence directe. Et ce n'est qu'un début, car plus il y a de désengagement, plus il convient de contrôler ce que font les uns et les autres, avec les meilleures intentions du monde.

Pour ceux qui, comme moi, se sont servis du *Manuel de psychiatrie* d'Ey, Brisset et Bernard durant leurs études, il sera peut-être intéressant d'apprendre que le dernier traité de psychiatrie paru est la traduction française d'un ouvrage du professeur Michaël G. Gelder, « personnalité phare » exerçant à Oxford, et dont le chapitre II s'intitule « L'évaluation ». J'ajoute que le sixième chapitre concerne « l'approche de la psychiatrie fondée sur des preuves », soit l'application à cette discipline de l'EBM (*Evidence Based Medicine*) qui tend à s'imposer de façon universelle en MCO (Médecine, chirurgie, obstétrique) et est à l'origine des recommandations de bonnes pratiques.

L'évaluation généralisée a un air orwellien de 1984 qu'on ne doit pas sous-estimer. Il s'agit de tout un aspect de la santé mentale que je ne pourrai malheureusement pas développer maintenant. C'est la conséquence du droit à la santé en lien avec son côté « meilleur rapport qualité-prix ». Il existe des besoins de santé mentale définis précisément dans le Plan. Donc, les citoyens ont des droits à cette santé et ils les revendiquent maintenant haut et fort (c'est le cas des associations de parents d'autistes qui en appellent au Comité national d'éthique pour dénoncer le retrait par le ministre de l'expertise de l'INSERM sur les psychothérapies du site Internet du ministère). On a droit aux TCC comme on a droit à une alimentation contrôlée par des normes européennes établies. Les citoyens expriment leurs besoins, leurs attentes, d'où l'émergence de la notion de handicap qui permet aux associations de développer ce que l'État ne

fournit plus en termes d'éducation spécialisée, de travail protégé, d'hébergement, voire de protection juridique. Par ailleurs, les cellules de crise sont devenues des institutions auxquelles on peut faire appel dès qu'il y a un dysfonctionnement social, non seulement en milieu scolaire mais aussi dans les entreprises à l'occasion d'un plan social.

La santé mentale a donc tendance à devenir une norme à l'égard de laquelle tout écart comportemental, tout trouble, lequel a perdu son nom de symptôme, va devenir un handicap dont il faudra évaluer l'importance en termes économiques pour y apporter la réponse la plus appropriée.

Je termine en vous livrant le programme du Plan 2005-2008 : « L'approche visant à prendre en charge de manière globale un état de santé mentale défavorable, et prenant en compte les besoins multiples, sanitaires et sociétaux, de la personne, constitue le principe fondateur du nouvel élan donné à la psychiatrie et à la santé mentale, en dépassant une approche jusqu'alors souvent centrée sur les structures, au profit d'une approche centrée sur les besoins » (p. 7).

Les citoyens ont des besoins, ce sont donc des usagers. En matière de santé mentale, ce sont, eux et leurs familles, « des acteurs ». Ce dernier terme n'est pas anodin, car il permet aux usagers de chercher une alliance avec les professionnels, et, pour ce faire, ils dépensent une énergie considérable, en termes de *lobbying* et de pressions sur les collectivités locales. Ce nouveau pouvoir cherche à peser sur les orientations gouvernementales en matière sanitaire, en se servant entre autres des directives européennes et en prenant en main un champ ouvert, celui du médico-social.

Il y a, derrière les proclamations d'alliance, l'amorce d'une lutte de pouvoir pour mettre la santé mentale aux commandes. Il s'agit en fait d'un déni de ce qui a été le premier objet d'étude de la psychiatrie, à savoir la psychose. Sa définition comme structure psychique, décrite par Freud et formalisée par Lacan, a été déniée par le découpage du corpus nosographique. Tous les troubles qui ont donné lieu à ces spécialisations comportementales évoquées plus haut peuvent concerner des sujets psychotiques ; mais il n'y a plus grand monde pour s'arrêter au décryptage de la logique de la psychose derrière le suicide, l'usage du cannabis, les TOC, l'anorexie, les

troubles du sommeil, les phobies sociales, le stress, les agressions sexuelles, etc.

Cette démultiplication a eu un double effet. En premier lieu, celui de déstigmatiser la folie, de la rendre plus anodine, en la circonscrivant et en la déplaçant dans des champs extérieurs à celui de la psychiatrie. En conséquence, elle a ouvert les portes aux besoins et à la création de nouvelles réponses, qu'il s'agisse du conseil, du soin ou de la recherche. Ce coût n'a pas encore été évalué.

La psychiatrie d'aujourd'hui, qu'on tente d'éradiquer en la coupant de son lien intrinsèque avec la psychanalyse pour lui substituer la santé mentale, n'a plus guère d'autre choix que ce devoir de repérage de la structure, là où la référence psychanalytique est requise. Il y aurait quelque urgence, me semble-t-il, à recenser les espaces institutionnels, de formation en particulier, où cela est encore possible.

Mais je ne serai pas surpris de voir les psychotiques, sujets rigoureux, renvoyer peu à peu dans leurs filets ceux qui tentent de les psycho-éduquer et chercher ailleurs la confirmation du symptôme qu'ils peuvent éventuellement incarner, fût-ce au prix de la perte d'une liberté dont le champ se rétrécit d'ailleurs à vue d'œil.