

REMARQUES POUR ÉCLAIRCIR LE CONCEPT DE SANTÉ MENTALE

Point de vue

Alain Ehrenberg

La Documentation française | « [Revue française des affaires sociales](#) »

2004/1 | pages 77 à 88

ISSN 0035-2985

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-77.htm>

Pour citer cet article :

Alain Ehrenberg, « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. Point de vue », *Revue française des affaires sociales* 2004/1 (), p. 77-88.

Distribution électronique Cairn.info pour La Documentation française.

© La Documentation française. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale

Point de vue

Alain Ehrenberg*

La souffrance psychique et la santé mentale sont le symbole des bouleversements qu'a connus la psychiatrie depuis les années soixante-dix : quand bien même resteraient des conditions asilaires, voire des internements abusifs, la psychiatrie n'est plus assimilée à eux. Ces deux expressions ont, d'abord, considérablement élargi le périmètre d'action de la psychiatrie, elles ont ensuite accru l'hétérogénéité des problèmes que les cliniciens traitent et ont, au final, donné à ces « problèmes » une importance économique, sociale, politique et culturelle inédite. Un nouveau « jardin des espèces »¹ a été planté au cours des trente dernières années dans les sociétés libérales : dépression, stress posttraumatismes, abus sexuels, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), attaques de panique, consommations massives de médicaments psychotropes et de drogues multiples (y compris dans le monde du travail), addictions s'investissant dans les objets les plus divers (le jeu, le sexe, la consommation), anxiété généralisée (le fait d'être en permanence angoissé), impulsions suicidaires et violentes (particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes), syndromes de fatigue chronique, « pathologies de l'exclusion », souffrances « psychosociales », conduites à risques, psychopathies, etc.

Les murs de l'asile sont bien tombés mais, parallèlement, une plainte sans fin s'est progressivement mise à sourdre de partout, une plainte qui trouve sa réponse dans la quête de la santé mentale.

Nous sommes manifestement entrés dans *une période de redistribution générale des cartes* qui nécessite un éclaircissement sociologique. Le rôle du sociologue est de décrire cette redistribution et d'analyser les contextes qui donnent sens aux événements et rendent l'action possible. C'est cette perspective d'ensemble que je propose à la discussion.

Il est d'autant plus important de proposer un tel éclaircissement qu'aucun des multiples rapports sur la psychiatrie et la santé mentale, commandés par diverses administrations depuis vingt ans, ne propose une analyse sociologique d'ensemble (mais cela ne faisait pas partie, malheureusement, de la mission de ces divers comités) et n'opère un état des lieux précis des

* Sociologue, directeur du Centre de recherche « Psychotropes, santé mentale, société » (CESAMÉS), CNRS-Inserm-université René-Descartes Paris 5.

¹ Selon la célèbre expression de Michel Foucault à propos de la folie à l'Âge classique.

problèmes, contrairement à ce que l'on peut voir dans d'autres domaines, comme la famille ou le travail par exemple. C'est d'autant plus troublant que les professionnels sont tous préoccupés par les rapports entre l'évolution des valeurs et des normes de la vie sociale, d'une part, et les problèmes psychopathologiques, d'autre part. Nos ministres de la Santé successifs ont manifestement passé commande en ayant à l'esprit des perspectives étroites étant donné la place nouvelle de ces problèmes dans la vie sociale en général. Dans les rapports qui ont eu pour mission de faire des recommandations pour la recherche, celles-ci n'ont concerné que l'épidémiologie, la clinique et la neurobiologie. La dimension sociale des psychopathologies, quand elle est abordée, l'est toujours superficiellement ¹.

La souffrance psychique et la santé mentale semblent être l'horizon de l'individualisme contemporain, comme le paradis et l'enfer étaient celui du Moyen Âge. Pourquoi et en quel sens ce couple d'expressions est-il devenu l'un des principaux points de repère de « la société de l'homme-individu » ² ? Cette question, qui n'est soulevée ni par les acteurs, ce qui peut à la rigueur se comprendre, ni par les sociologues (sinon dans une perspective de dénonciation du nouveau capitalisme qui causerait de la souffrance), ce qui est une faute professionnelle, sous-tend tous les débats dans ce domaine (les psychothérapies, les médicaments psychotropes, les neurosciences, les débats internes à la psychanalyse sur « les nouvelles pathologies » ou ceux des professionnels du médico-social sur « la souffrance psychosociale » des personnes précarisées, etc.). Or cette question est de nature anthropologique dans la mesure où elle renvoie à la conception que nous nous faisons de nous-mêmes en tant que membre de la société. La grande transformation des vingt ou trente dernières années est que la « subjectivité » individuelle est devenue une question collective ³. Et la grande erreur, ajouterai-je, est d'identifier subjectivité et individualité, car cela conduit à chercher à l'intérieur du sujet (dans sa psyché ou dans son cerveau) des transformations de nature sociale, c'est-à-dire contextuelles.

¹ Qui a, par exemple, étudié empiriquement le fonctionnement d'un secteur psychiatrique ? Qui s'intéresse concrètement aux pratiques de prescription en médecine générale ? Qui enquête sur ces psychothérapeutes dont on parle tant ? Je pourrais multiplier les « Qui ? ». Avec un groupe de collègues, nous avons fait créer une unité CNRS-Inserm-Paris 5, le CESAMES, afin de pallier le manque d'enquêtes empiriques et de réflexions de fond sur tous ces domaines (malgré les efforts de quelques chercheurs isolés). Une thèse est en cours à Paris 5 sur le suivi des malades mentaux en milieu ouvert sur deux secteurs parisiens (Livia Velpry). Avec Philippe Le Moigne et Claudie Haxaire, a été engagée une série de travaux pour connaître empiriquement et dans le détail les pratiques de prescriptions et les rapports des patients à leurs molécules. Françoise Champion commence une recherche sur les marchés de la psychothérapie, dans la foulée de ses travaux précédents sur religion, spiritualité et psychothérapie. Voir www.cesames.org. Il faut aussi souligner le soutien de la mission « Recherche » de la DREES seule administration qui épaula financièrement la recherche en sciences sociales dans ce domaine et les rapprochements entre les cliniciens et nous.

² L. Dumont, *Homo Hierarchicus*, Paris, Gallimard, 1966, p. 300.

³ Voir *L'Individu incertain*, 1995, essai dans lequel j'ai commencé à travailler sur cette question en montrant dans quelle mesure une « culture de la souffrance » accompagnait une « culture de la performance individuelle » (abordée dans *Le culte de la performance*, 1991 où j'ai voulu montrer que l'horizon imaginaire de l'individualisme contemporain est de devenir l'entrepreneur de sa propre vie).

Il faut voir dans ce que je propose d'appeler « la question mentale », une des « révolutions invisibles » ayant affecté les sociétés démocratiques depuis les années soixante-dix, un carrefour où se sont cristallisées de nouvelles tensions suscitées par des valeurs qui ont changé notre vie sociale et dont l'esprit commun est l'autonomie.

La question mentale désigne l'usage récent et systématique d'un vocabulaire dont le noyau est composé des mots « mental », « psychique », « subjectivité », « intériorité » ou, plus récemment « cerveau ». On peut la définir par trois critères :

- le premier est de valeur : l'atteinte psychique est aujourd'hui considérée comme un mal au moins aussi grave que l'atteinte corporelle et, souvent, plus insidieux ;
- le deuxième critère est d'étendue : l'atteinte psychique concerne chaque institution (école, famille, entreprise ou justice) et mobilise les acteurs les plus hétérogènes (cliniciens en tout genre, médecins et non-médecins, travailleurs sociaux, éducateurs, directions des ressources humaines, nouveaux mouvements religieux, l'Église elle-même, où se développerait une spiritualité de performance sur le déclin des notions de péché et de culpabilité¹, etc.). Elle semble ainsi épouser tous les interstices de nos sociétés ;
- le troisième critère est celui de sa forme sociale. Elle se présente comme un style de description de problèmes : non seulement aucune maladie, mais encore aucune situation sociale « à problèmes » (la délinquance adolescente, le chômage, l'attribution du RMI, la relation entre employés et clients ou usagers, etc.) ne doivent aujourd'hui être abordées sans prendre en considération la souffrance psychique et sans visée de restauration de la santé mentale. Là est la nouveauté confuse dans laquelle nous sommes tous plongés : ce souci massif pour *les troubles de masse de la subjectivité individuelle*. Ils imprègnent aujourd'hui l'ensemble de la vie sociale et balancent entre inconfort et pathologie, inconduite et déviance.

Bien que les deux expressions – souffrance psychique et santé mentale – soient solidaires, c'est plutôt la référence à la santé mentale qui est employée par les institutions et les acteurs investis dans ce qu'il faut bien appeler une nouvelle question sociale tellement elle dépasse tout ce que peut recouvrir la notion de psychopathologie.

Si le thème est ancien², son ancrage s'amorce à partir du début des années quatre-vingt. Depuis plus de vingt ans en France, rapports (le premier date de 1981), lois, décrets, ordonnances, circulaires insistent peu ou prou sur le nécessaire déplacement *de la psychiatrie à la santé mentale*, pour reprendre

¹ Sur ce point voir D. Hervieu-Léger, *La religion en miettes ou la question des sectes*, Paris, Calmann-Lévy, 2001.

² Voir, par exemple, R. H. Ahrenfeld, « La notion de santé mentale », *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37960 A10, 11-1966. À l'époque, le thème ne concerne que la psychiatrie et, qui plus est, ses marges (par exemple, Paul Sivadon et la MGEN, la Fédération mondiale de santé mentale, fédération sans influence sur la psychiatrie).

le titre du rapport des docteurs Éric Piel et Jean-Luc Røelandt ¹. En dépit des intenses controverses dont il a fait l'objet parmi les psychiatres, notamment sur l'objectif de diminution des lits en milieu hospitalier, il a largement inspiré le *Plan santé mentale : l'usager au centre d'un dispositif à rénover* du ministre de la Santé, Bernard Kouchner, en 2001. La plupart des professionnels et des associations de patients et de famille de patients se revendiquent de cette référence. De plus, la loi sur le harcèlement moral du 17 janvier 2002 (dans le cadre de la loi de modernisation économique et sociale) officialise l'entrée de la santé mentale dans le monde de l'entreprise. La CGT a applaudi cette reconnaissance du « sujet psychique de liberté et de droit » ². La loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades participe de ce mouvement, bien qu'elle ne soit pas centrée sur la santé mentale.

Je présenterai d'abord rapidement les incertitudes de la psychiatrie et plus généralement de la psychopathologie, car les questions de santé mentale et de souffrance psychique se posent tant dans la psychiatrie de secteur que dans la psychanalyse, la « psychothérapie » ou la médecine libérale. Je soulèverai ensuite quelques questions posées par la notion de santé mentale et proposerai une démarche d'ensemble pour (peut-être) les résoudre.

■ Paysage de crise

Trois événements de l'année 2003 serviront de point de départ pour proposer quelques jalons en vue d'une analyse d'ensemble des bouleversements qui ont affecté le domaine multiforme du trouble mental ³ : les États généraux de la psychiatrie, qui se sont tenus en juin 2003, le rapport de la mission Cléry-Melin, remis en septembre, et l'amendement « Accoyer » sur les psychothérapies déposé en octobre et inclus dans la loi « Mattei » de santé publique.

• **Les États généraux de la psychiatrie** ont été l'occasion de mettre en scène la crise de la profession : « Nous avons pensé les États généraux comme un lieu de rassemblement de tous les professionnels de la psychiatrie en vue d'établir un cahier de doléances qui sera déposé devant les pouvoirs publics », écrit Christian Vasseur, président de l'Association française de psychiatrie dans un des quatre rapports présentés en assemblée plénière. « *Actuellement, poursuit-il, le soin n'est plus l'intention première,*

¹ E. Piel et J.-L. Røelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, rapport de mission, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, ministère délégué à la Santé, juillet 2001.

² P. Rennes et J.-C. Valette, « Avant-propos », *Droit ouvrier*, juin 2002, p. 227. La santé mentale fait désormais partie des missions des CHSCT.

³ Si tant est qu'il s'agisse toujours de « trouble » en un sens médical du terme. La Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS emploie le terme « trouble » (*disorder*) uniquement pour les pathologies mentales. Dans les autres espèces pathologiques, c'est le terme « maladie » qui est en usage.

mais seconde ou tierce, après la gestion, l'encadrement, le contrôle, gros consommateurs d'énergie psychique, d'argent, de temps, aux dépens de l'intérêt pour l'humain, de la créativité, de la vie. Peut-on sincèrement espérer une reprise de la vitalité de la psychiatrie si l'on continue à privilégier des objectifs comptables, parfaitement relatifs, à des impératifs de formation et de nombre de personnels, comme le propose le dernier plan de santé mentale »¹. Cette rhétorique est constante dans la psychiatrie publique non universitaire.

Les débats de ces trois jours ont porté sur tous les sujets.

Sur les moyens : le nombre de psychiatres diminue, les financements affectés aux institutions publiques sont insuffisants et l'offre de soins est très inégalement répartie sur le territoire national.

Sur la clinique : de nouvelles pathologies, pathologies du lien ou narcissiques, comme les dépressions, les addictions ou le traumatisme (l'état de stress posttraumatique) sont aujourd'hui des problèmes massifs, mais la question du « nouveau » reste controversée. Et derrière la nouvelle clinique, se profile le problème des conceptions du patient : on a hautement affirmé la nécessité de ne pas oublier le Sujet parlant face à une médecine et une recherche universitaires préoccupées essentiellement du Sujet cérébral². Les limites du domaine de la psychiatrie, les relations entre le normal et le pathologique ou les partages et alliances entre social et médical sont interrogés par tous les acteurs. Si crise de la psychiatrie il y a – le thème est récurrent³ –, elle est multiforme, mais je voudrais souligner que cette crise est aussi intellectuelle, tant dans la psychiatrie du cadre que dans la psychiatrie hospitalo-universitaire : aux plaintes des premiers succombant sous l'accroissement de la demande et démunis de moyens, semble répondre en miroir l'assurance des seconds justifiée par les progrès des neurosciences, des nouveaux outils de la biologie moléculaire et de l'imagerie cérébrale (le progrès scientifique finira par résoudre tous les problèmes). S'il est vrai que ces questions relèvent largement de la santé publique, elles sont largement indépendantes des progrès de la recherche. Mais en quoi sont-elles un problème de santé publique ? Cela est peu clair.

¹ *La psychiatrie et la relation soignante*, rapport pour les États généraux de la psychiatrie, 8 mai 2003, www.eg-psychiatrie.com, p. 2. et 4.

² Un colloque « Autisme et cerveau », qui s'est tenu au Collège de France à la fin du mois de juin 2003, est le miroir inversé des États généraux. Cet affrontement récurrent est à courte vue. Je reviens plus en détail sur la question dans « Le cerveau est-il une âme matérielle ? Neurosciences, psychiatrie, individualisme », à paraître dans *Esprit* en juin 2004 (dossier neurobiologie, psychiatrie, psychanalyse).

³ Du *Livre blanc* des années 1965-1967 à aujourd'hui sous la houlette d'Henri Ey, directeur de *L'évolution psychiatrique*, dans laquelle l'essentiel du *Livre* est publié.

• **Le deuxième événement est la remise du rapport *Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*¹ de la mission Cléry-Melin** en septembre. Le rapport est un ensemble de propositions pour résoudre la crise : sa mission est la réorganisation de l'offre de soins. Se référant aux États généraux, le préambule résume « les difficultés auxquelles est confrontée la discipline » : « *De fait, il semble que ces dernières années une confusion se soit produite entre les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale, et qu'il faille aujourd'hui réaffirmer la mission première de la psychiatrie comme discipline médicale, dispensatrice de soins, sans pour autant perdre de vue l'importance de la promotion de la santé mentale et celle de la prévention* ». La déclaration est œcuménique et suscite quelques questions. Confusion certes, mais entre quoi et quoi ? Ancrer la psychiatrie dans la médecine ? Mais cette discipline s'est toujours caractérisée, et se caractérise toujours, par le fait qu'elle est à la fois une médecine comme une autre et autre chose que de la médecine du fait de la spécificité de son objet : l'esprit humain, que nos sociétés considèrent comme le lieu de la vérité de l'homme. Promouvoir la santé mentale ? Tous s'accordent sur ce point, mais cet accord recouvre de fortes divergences sur ce que désigne la santé mentale, ce véritable fourre-tout. « *Le constat, précise le rapport est donc que la discipline psychiatrique est à ce jour dans une passe relativement problématique : qu'il s'agisse de la délimitation de ses tâches, de l'organisation de l'offre de soins, des évolutions du recours au soin, des populations concernées, de la gestion des inégalités de répartition des moyens humains et matériels, de la communication de son image* »². On le voit la crise est générale.

• **Le troisième événement est l'amendement déposé par le député UMP (et médecin) Bernard Accoyer**³ sur la question de la qualification des psychothérapeutes en octobre. Il a suscité un séisme dans les professions hétérogènes regroupées sous cette étiquette⁴. À la tendance à la remédicalisation de

¹ Ce rapport a trois auteurs : Philippe Cléry-Melin, psychiatre et directeur d'une clinique psychiatrique privée ; Viviane Kovess, une épidémiologiste réputée qui anime le département de la recherche à la MGEN, auteur de nombreux travaux, notamment sur la dépression chez les précaires ; et Jean-Charles Pascal, rédacteur en chef adjoint de *L'Information psychiatrique*, qui est le mensuel des psychiatres des hôpitaux, et un des leaders du syndicat des psychiatres dits du cadre, c'est-à-dire hors CHU.

² P. 4 et 6.

³ Sur les enjeux de l'amendement, voir l'analyse de P.-H. Castel, *L'amendement Accoyer et les psychothérapies : une crise complexe*, à paraître, 2004. Castel souligne bien que le problème principal est empirique (on ne sait pas grand-chose de ce monde des psychothérapies) et sociologique (absence d'interrogation sur la dynamique conduisant à ces demandes multiformes de soins psychologiques). De plus, en ce qui concerne la psychanalyse, le problème est moins dans l'amendement que dans son « culte de la pureté qui verse dans une méconnaissance noire des conditions d'existence de la discipline ».

⁴ Pour un bilan des années soixante-dix, mais aussi pour avoir lancé le sujet avec finesse, voir R. Castel, F. Castel et A.-M. Lovell, *La société psychiatrique avancée*, Grasset, 1979 ; et R. Castel, *La gestion des risques*, Minuit, 1981. Le premier essai sur la société psychothérapeutique est celui de P. Rieff, *The Triumph of Therapeutics – Uses of Faith after Freud*, Chicago Press, 1966. Poche 1987, qui voit dans les techniques postfreudiennes, « anxieuses d'accroître [le] capital psychologique », « un équivalent fonctionnel des vieux interdits internes », p. 255-256.

la psychiatrie correspond le mouvement inverse de démedicalisation que représentent les psychothérapies. Mais quels rapports y a-t-il entre les psychothérapies alternatives, les psychanalyses (j'écris « les », car non seulement il y a plusieurs conceptions, mais encore les rapports entre psychothérapies et psychanalyse font l'objet de désaccords internes à la profession) et les thérapies comportementalo-cognitivistes (TCC), pour ne prendre que ces exemples ? De plus, la polémique que l'amendement suscite est étroite dans la mesure où elle se réduit à la concurrence entre les professions de ce domaine (chacun défend sa « qualification »).

Or l'exposé des motifs montre plusieurs questions pendantes.

– Premièrement, sur la crainte de *l'emprise* et de *la dépendance* :
« Depuis février 2000, la mission interministérielle de lutte contre les sectes signale que certaines techniques psychothérapeutiques sont un outil au service de l'infiltration sectaire et elle recommande aux autorités sanitaires de cadrer ces pratiques ». Notons que l'horizon des inquiétudes sur les pharmacothérapies (les médicaments psychotropes) est analogue à celui sur les psychothérapies : l'emprise de la drogue (il faudrait donc d'abord lier, pour mieux les distinguer, les deux problèmes).

– Deuxièmement, une conception de *l'individu fragile* dont il faut préserver *l'intégrité psychique* :

« Elles peuvent faire courir de graves dangers à des patients qui, par définition, sont vulnérables et risquent de voir leur détresse ou plutôt leur pathologie aggravée ». Un patient, pourtant, n'est pas obligatoirement vulnérable : pensez à la paranoïa, par exemple, et même à la dépression, à moins d'identifier toute plainte à une fragilité (c'est ce que l'on a de plus en plus tendance à faire). De plus, nous avons affaire à un domaine où les traitements proposés par la psychiatrie et la médecine ont des résultats variables (selon les études, les antidépresseurs « marchent » entre 50 et 60 % des cas de dépression), voire aléatoires, sans qu'il soit possible d'expliquer les raisons du succès ou de l'échec sur tel ou tel patient. De plus, la tendance est à la chronicisation des pathologies. Or c'est là une situation qui conduit les gens à se tourner vers des médecines « alternatives »¹ – aucune loi, d'ailleurs, n'empêchera quelqu'un, fragile ou non, de se jeter dans les bras des cartomanciens, astrologues et autres rebouteux qui, il faut le souligner, se sont toujours occupés de « santé mentale », si je puis dire.

¹ Une enquête américaine sur un échantillon représentatif national montre que 65,9 % des répondants traités par un « prestataire conventionnel » (médecin ou psychologue clinicien) pour des « attaques de panique » et 66,7 % de ceux traités pour une dépression sévère ont recours à des médecines complémentaires et alternatives. R. Kessler *et al.*, « The Use of complementary and alternatives therapies to treat anxiety and depression in the United States », *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, 2, 2001. Voir aussi R. A. Rosenheck et B. G. Druss, « The use of Practitioner-Based Complementary Therapies by Persons reporting Mental Conditions in the United States », *Archives of General Psychiatry*, juillet 2000. Ces deux revues sont les plus prestigieuses au plan international. Dans le cas d'une maladie chronique comme le diabète, on constate des tendances analogues. Voir G. Y. Yeh *et al.*, « Use of complementary an Alternative Medicine among Persons With Diabetes Mellitus : Results of a National Survey », *American Journal of Public health*, vol. 92, 10, octobre 2002.

– Troisièmement, sur la santé mentale comme problème de santé publique : « Cette situation constitue un danger réel pour la santé mentale des patients et relève de la santé publique ». La santé mentale est, on le verra, plus qu'un problème de santé publique, de plus l'étiquette « santé publique » s'applique aujourd'hui à n'importe quoi – c'est trop souvent un fétiche que l'on brandit pour marquer l'importance d'un problème.

– Quatrièmement, sur l'objet du soin : « Il convient [...] de considérer les psychothérapies comme un véritablement traitement »¹. Mais un traitement de quoi ? puisque les psychothérapies visent autant des troubles psychiatriques caractérisés, des névroses en tout genre (qui peuvent être gravissimes) que du développement personnel.

La crise que l'on vient d'évoquer est manifestement totale : conceptions du patient et de la clinique, limites de la psychiatrie, misère des moyens, périmètre d'action et accroissement inflationniste des demandes, incertitude quant au statut de pathologie donné à de multiples problèmes, crispations sur les méthodes thérapeutiques, interrogation sur le rôle des normes sociales dans la transformation de la clinique et des profils pathologiques, etc. Que soigne-t-on ? Mais aussi, s'agit-il toujours de soin ? Répondre à ces questions transversales n'est guère évident, pour le sociologue aussi, car il n'est pas en position de surplomb vis-à-vis de ces problèmes à la fois mal définis et très présents. Cette série d'incertitudes, ces interrogations que soulèvent la plupart des professionnels sont l'expression d'un désarroi social et politique plus large dont la psychiatrie est le point d'imputation. La « santé mentale » est une réponse confuse à ce désarroi et une source de tensions chez les professionnels.

■ Questions sous-jacentes à la santé mentale et propositions pour une démarche

Pour se repérer dans le magma de la santé mentale, je propose la démarche suivante : il faudrait commencer par décrire comment nos deux expressions – santé mentale et souffrance psychique – sont définies et utilisées.

Selon les documents administratifs dont nous disposons, il apparaît que la *santé mentale* vise à la fois la « déstigmatisation »² des malades mentaux atteints de psychoses et de troubles psychiatriques graves, la mise en place de réponses spécifiques pour des populations (jeunes, personnes âgées) ou

¹ GEDIPE, le portail de la psychanalyse francophone, www.edipe.org, pris le 20 octobre 2003.

² L'une des délicates questions à discuter est l'ambiguïté entre déstigmatisation et volonté de faire de la pathologie mentale une pathologie comme une autre. On confond souvent l'exigence, pour les patients psychiatriques, d'un droit égal aux autres patients avec la spécificité de la pathologie mentale, notamment psychotique. J'esquisse quelques réflexions sur ce point dans « Le cerveau... », art. cité.

des syndromes (PTSD, TOC, etc.), la prise en compte de la souffrance psychique dans les maladies somatiques graves (cancers, maladies cardio-vasculaires, sida) et des demandes hétérogènes auxquelles la multiplication des syndromes psychiatriques dans les nomenclatures a donné un nom, donc une identification sociale. Elle apparaît également comme un élément clef de la santé en général (« il n'y a pas de santé sans santé mentale », précisait la présentation d'un colloque de l'Union européenne en octobre 2001 ¹) et fait partie d'une dynamique générale de reconnaissance de *la santé comme problème médical*, la médecine ayant tendance à inclure le bien-être dans son domaine – pensons à ces pathologies de la qualité de vie, comme le psoriasis, dont la gravité se mesurerait à l'aune de l'atteinte à l'estime de soi. Elle semble être une notion des plus confuses, car elle concerne un spectre de problèmes extrêmement large : à un extrême, elle désigne les psychoses adultes et infantiles, à un autre, le développement personnel (« la thérapie pour les normaux ») ou ce que la psychiatrie appelle la « santé mentale positive » (« une ressource dont nous avons besoin pour gérer notre vie avec succès » ²). Prendre en charge une schizophrénie ou améliorer ses performances et son équilibre psychologique, dans le travail, la sexualité ou les relations avec ses enfants relèvent d'une même étiquette. Entremêlant des problèmes franchement pathologiques et des soucis de mieux-être, la notion est donc si large qu'elle en est *indéterminée*.

Il en va de même de son double, *la souffrance psychique*. La conclusion provisoire apparaîtra très insatisfaisante car elle consiste en un paradoxe : l'usage de la santé mentale semble aussi transversal que son objet est mal identifié. Or un paradoxe n'explique rien, il ne fait que souligner une obscurité, un problème mal posé.

Pour surmonter le paradoxe, il faudrait l'attaquer par un examen de *la relation* normal-pathologique. Je ne me demanderai pas, contrairement à l'usage fâcheux, quelle est la frontière entre le normal et le pathologique, parce que cela oblige à poser d'abord deux entités substantielles séparées, le normal et le pathologique, puis à chercher ensuite leurs relations. À l'opposé de l'approche dualiste, sera utilisée une approche relationnelle : elle consiste à décrire comment la relation normal-pathologique se modifie, car ces deux pôles ne se définissent *que l'un par rapport à l'autre*, ils sont relatifs l'un vis-à-vis de l'autre, ils n'existent pas l'un sans l'autre. L'avantage est d'éviter les débats superflus qui grèvent l'intelligence de ce domaine, comme : faut-il prescrire un antidépresseur à une personne qui n'est pas vraiment déprimée ? etc. En effet, l'approche relationnelle implique que ce n'est pas seulement la maladie qui change, mais aussi la

¹ *La gestion des problèmes liés au stress et à la dépression*, Union européenne, OMS, 25-27 octobre 2001, Bruxelles. Cette conférence fait suite à celle de l'OMS-Europe, *Balancing Mental Health Promotion and Mental Health Care*, et à la *Conférence européenne de promotion de la santé mentale et de l'inclusion sociale*, toutes deux tenues en 1999.

² V. Kovess, A. Lesage, B. Boisguerin, L. Fournier, A. Lopez, A. Ouellet, *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, Paris, Flammarion, 2001, p. 9.

santé, et de manière simultanée et interdépendante. C'est, en effet, toujours *la totalité relationnelle* qui se modifie : la santé mentale est l'expression d'une *transformation des rapports entre maladie, santé et socialisation*.

La démarche implique donc de placer l'attention à la fois vers le pathologique et vers la normalité.

- Du côté du *pôle pathologique*, la santé mentale est un problème de réforme de la psychiatrie et de transformation de la conception du patient et de la pathologie. Il s'agirait de faire ressortir les traits majeurs de la conception politique qui sous-tend l'action publique en la matière : quelle vision globale dirige la volonté de réformer la psychiatrie ? Partant du « déplacement de la maladie mentale à la santé mentale », ma thèse est qu'il faut préciser le terme « déplacement » : il s'agit certes d'une extension horizontale, mais aussi d'un *retournement hiérarchique* : la maladie mentale est désormais un aspect de la santé mentale et parallèlement la notion de santé mentale travaille la maladie mentale elle-même. Je propose d'appeler ce changement de conception « le grand renversement »¹ : le fou à enfermer n'est plus qu'un élément dans un ensemble plus vaste qui l'a englobé, celui du citoyen en difficulté qu'il faut soutenir (mais aussi réprimer, contenir autrement qu'on ne le faisait avec le fou) et qui doit être « l'acteur de sa maladie ». On verrait ainsi non seulement quelle signification est donnée au mot clé d'autonomie, c'est-à-dire dans quel contexte sanitaire et social on l'emploie, mais encore quels problèmes il soulève. La signification est qu'il faut prendre en charge moins des maladies que le patient considéré comme un tout sur sa trajectoire de vie, ce qui implique une reformulation du rapport « maladie-santé » par la socialisation. C'est exactement ce à quoi renvoie les notions de handicap « psychique », de « désavantage » (dans la classification du handicap adoptée par l'OMS) ou de « fonctionnement social » dans les échelles de mesure de la santé mentale. Le risque de cette approche est que la place de la psychose soit brouillée et perdue de vue dans le marais du mal-être.

- Du côté du *pôle de la normalité*, autrement dit, il s'agirait de comprendre la trame signifiante dans laquelle baignent la santé mentale et la souffrance psychique. Nos deux expressions agrègent de multiples problèmes posés par les valeurs et les idéaux qui se sont diffusés à partir des années soixante-dix et ont pris une ampleur croissante au cours des années 1980-1990. Plusieurs d'entre eux, interdépendants notons-le, dominant : celui de l'accomplissement personnel, quasi-droit de l'homme², de l'initiative individuelle et de la

¹ Pour une première esquisse, voir « Le grand renversement », conférence prononcée aux États généraux de la psychiatrie, 5, 6 et 7 juin 2003. Elle est reprise et modifiée dans l'article à paraître dans *Esprit*.

² « L'un des traits de notre époque est d'avoir ajouté à la liste traditionnelle des droits de l'homme un droit nouveau – celui de s'épanouir. Du coup, ce vaste continent de pratiques et de réflexions qu'on a pris l'habitude d'appeler, toutes tendances confondues, » la psy « a vu son domaine s'élargir considérablement. [...] Beaucoup de ces thérapies s'efforcent de faire accéder la personne à un mieux-vivre, et tentent de la mettre sur le chemin d'un épanouissement personnel », M. Elkaïm (sld), *À quel psy se vouer ? Psychanalyses, psychothérapies : les principales approches*, Seuil, 2003, p. 7.

propriété de soi, c'est-à-dire de l'accroissement considérable des possibilités morales de choisir son « style de vie ». La question mentale est l'expression de l'élargissement des frontières de soi et de l'augmentation de la responsabilité individuelle qui lui est liée. On les voit tant dans le développement personnel ou le *counseling*, côté psychothérapies, que dans le dopage, notion qui a brouillé les frontières entre drogues illicites et médicaments psychotropes, côté pharmacothérapies. Psychothérapies et pharmacothérapies sont des *moyens de démultiplication* de nos capacités à décider et à agir, capacités indispensables au maintien dans la socialité dans un tel contexte. Cette socialité mesurée à l'aune de l'autonomie s'incarne dans la figure de l'individu performant, tenu de se construire lui-même *comme* l'entrepreneur de sa propre vie et dont l'individu fragile et vulnérable est l'ombre portée.

La transformation indéfinie de soi est alors au centre de nos idéaux, mais elle est en même temps le ressort des incertitudes soulevées par la relation normal-pathologique. De là découle une représentation de l'individu sans limites, le « nouvel individualisme », cause de tous les maux de l'homme contemporain. Nous sommes plutôt confrontés à un changement global de la *relation* individu-société, des conceptions que nous avons *de chacun en tant que membre d'une société*, qui résulte du basculement d'une référence à la discipline à une référence à l'autonomie des individus ¹. La médecine mentale est un des points majeurs de cristallisation de ces questions *via* sa redéfinition par la souffrance psychique et la santé mentale. Il faudrait montrer ici comment le fait de justifier nos manières d'être et nos manières de faire, nos actions, dans les termes de l'autonomie est l'élément permettant de décrire de multiples problèmes en termes de souffrance psychique et de santé mentale.

La thèse que je souhaite développer peut être formulée comme suit : on a affaire à une ambiance, un climat, un esprit commun qui fait du couple souffrance psychique-santé mentale l'expression d'un *langage* qui place au centre de la vie sociale la subjectivité de chaque individu (son « intériorité » psychique ou cérébrale), et cela à mesure que l'autonomie devient notre valeur cardinale : plus l'individu est considéré comme un tout autonome, qui doit être *capable* de décider et d'agir par lui-même, plus la question de son intériorité devient une préoccupation publique. Nos sociétés semblent avoir adopté *un langage de la vulnérabilité individuelle de masse* qui permet de nommer, voire de traiter les nouvelles tensions de l'indétermination démocratique ² suscitées par l'emploi généralisé de la référence à l'autonomie, notre signification imaginaire centrale (Castoriadis). Ces nouvelles tensions se caractérisent moins par des conflits entre adversaires bien délimités que par *des trajectoires de vie* marquées à la fois par la *responsabilité* et par *l'insécurité personnelles*. Si ce double caractère traverse toute

¹ Je renvoie sur cette question à mon essai, *La fatigue d'être soi – Dépression et société*, Odile Jacob, 1998, Odile Jacob Poche, 2000.

² Notion fondamentale pour penser la démocratie que l'on doit à Claude Lefort.

la société, il atteint inégalement les couches sociales : « *Les inégalités économiques renvoient de moins en moins, souligne par exemple Éric Maurin, à la division sociale du travail entre grandes catégories de salariés et de plus en plus à l'idée d'une inégale distribution des capacités personnelles à faire face aux exigences du marché du travail* ¹ ». Ces tensions trouvent une réponse dans un style de régulation des conduites qui a tendance à se généraliser : *l'accompagnement*. Il ne reste plus qu'à s'en servir, comme certains ont commencé à le faire, pour formuler politiquement une conception de l'action publique en phase avec les problèmes et les mœurs d'une société d'individus ², où il s'agit moins d'éviter que le conflit de classes ne sombre dans la guerre civile – c'est la question sociale telle qu'elle s'est constituée au XIX^e siècle – que de « faire société » en « mettant les gens en mouvement » (*l'empowerment* des Américains) par « une sécurisation active des trajectoires » ³. Ce n'est donc pas parce que les choses semblent plus « personnelles » aujourd'hui qu'elles sont pour autant moins sociales, moins institutionnelles ou moins politiques. Comprendre, cela permet peut-être d'éviter le pathos de la souffrance, car entre le *sentiment* de vulnérabilité et la vulnérabilité, il y a un monde.

Au lieu de succomber à l'illusion typiquement individualiste consistant à penser que l'individu est un être abandonné à lui-même et qui doit seul décider de régler sa vie, j'espère contribuer à éclairer le débat anthropologique et moral sur *la nature sociale et politique de l'individualisme* contemporain en tentant de montrer comment le style de la vie en commun change.

¹ E. Maurin, *L'égalité des possibles*, Seuil, coll. « La République des idées », 2003, p. 71. C'est moi qui souligne.

² Que synthétise J. Bensaid, D. Cohen, E. Maurin et O. Mongin, « Les nouvelles inégalités », à paraître dans *Esprit* en 2004.

³ J. Donzelot, avec C. Donzelot et A. Wyvekens, *Faire société – La politique de la ville aux États-Unis et en France*, Seuil, 2003 ; A. Supiot, *Au-delà de l'emploi : transformations du travail et devenir du droit du travail en Europe*, Flammarion, 1999 ; B. Gazier, *Tous sublimes – Vers un nouveau plein-emploi*, Flammarion, 2003, qui synthétise les travaux européens sur les « marchés transitionnels du travail » ; E. Maurin, *op. cit.*, etc.