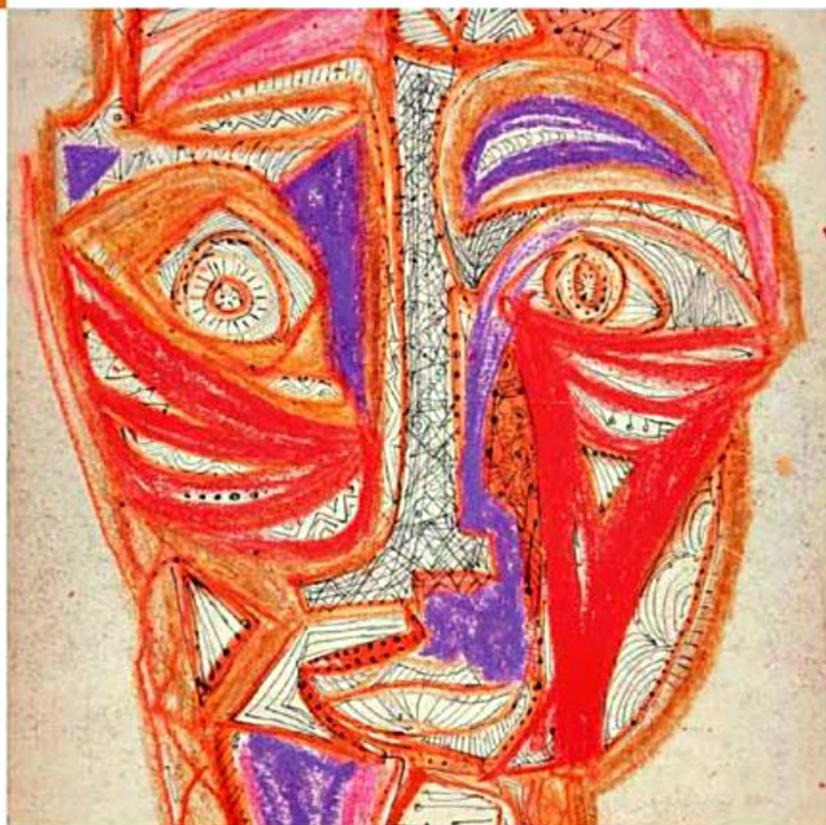


Matériel protégé par le droit d'auteur

Psychiatrie française Psychiatrie en France

Sous la direction de Frédéric ROUILLON



Springer

Matériel protégé par le droit d'auteur

Psychiatrie française / Psychiatrie en France

Springer

Paris

Berlin

Heidelberg

New York

Hong Kong

Londres

Milan

Tokyo

Psychiatrie française / Psychiatrie en France

Sous la direction de Frédéric Rouillon

Pr Frédéric ROUILLON
CMME hôpital Sainte-Anne
100, rue de la Santé
75674 Paris cedex14

ISBN : 978-2-8178-0298-5 Springer Paris Berlin Heidelberg New York

© Springer-Verlag France, Paris, 2012

Imprimé en France

Cet ouvrage est soumis au copyright. Tous droits réservés, notamment la reproduction et la représentation, la traduction, la réimpression, l'exposé, la reproduction des illustrations et des tableaux, la transmission par voie d'enregistrement sonore ou visuel, la reproduction par microfilm ou tout autre moyen ainsi que la conservation des banques de données. La loi française sur le *copyright* du 9 septembre 1965 dans la version en vigueur n'autorise une reproduction intégrale ou partielle que dans certains cas, et en principe moyennant le paiement des droits. Toute représentation, reproduction, contrefaçon ou conservation dans une banque de données par quelque procédé que ce soit est sanctionnée par la loi pénale sur le copyright.

L'utilisation dans cet ouvrage de désignations, dénominations commerciales, marques de fabrique, etc. même sans spécification ne signifie pas que ces termes soient libres de la législation sur les marques de fabrique et la protection des marques et qu'ils puissent être utilisés par chacun.

La maison d'édition décline toute responsabilité quant à l'exactitude des indications de dosage et des modes d'emplois. Dans chaque cas il incombe à l'utilisateur de vérifier les informations données par comparaison à la littérature existante.

Maquette de couverture : Jean-François Montmarché

Mise en page : Desk

Illustration : Collection Sainte-Anne – Centre d'étude de l'expression.

Anonyme (France), sans titre, avant 1950. Pastel et encre sur papier,

37 × 26 cm. Inv. n° 0522



Sommaire

Y a-t-il une identité de la psychiatrie française ?.....	1
Thierry TRÉMINE	
Mutation et perspectives de la psychiatrie française	17
Frédéric ROUILLON	
La recherche psychiatrique en France.....	31
Florence THIBAUT, Marion LEBOYER et Frédéric ROUILLON	
L'évolution de la nosographie psychiatrique	43
Julien Daniel GUELFI	
Le système de soins psychiatriques français.....	61
Denis LEGUAY	
Quelle politique de santé publique en psychiatrie ?	83
Rachel BOCHER et Édouard COUTY	
Y a-t-il encore une ou des théories en psychiatrie ?	103
François PETITJEAN	
Vraies et fausses innovations en psychiatrie	125
R. DARDENNES et N. AL ANBAR	
La formation des internes en psychiatrie	145
Aude van EFFENTERRE	
De l'internement psychiatrique aux soins sans consentement en ambulatoire	175
Gilles VIDON	

Thierry TRÉMINE

À la mémoire de Jean Ayme

De quelques traits de personnalité de la psychiatrie française

Ce que dit Yann Dowbiggin nous semble incontournable : « la psychiatrie, en tant que profession, du fait de ses difficultés de connaissance intrinsèque et d'obstacles empiriques, se trouve dans un état permanent de « crise » telle que Kuhn l'a définie dans la science. Le savoir psychiatrique a un caractère fluide qui, combiné au fait qu'il n'est jamais totalement libre de considération « sociale », donne une garantie virtuelle qu'il sera toujours un mélange fluctuant d'attitudes culturelles, de valeurs sociales, de croyances politiques et d'impératifs professionnels » [1]. Ce contexte rend difficile l'analyse et plus encore la prospective dans notre discipline. Comme le remarque G. Lanteri-Laura, dans la préface du livre dont la citation précédente est issue, nous devons admettre « la vanité qu'il y aurait à espérer une perspective des perspectives, et une totalisation de toutes les totalités » [*ibid*]. À cela, il faudra ajouter les limites floues entre la psychiatrie et le champ extensif de la santé mentale, jusque dans ses versions les plus récentes, mais aussi les plus marchandes. Cela rend difficile l'usage du terme « identité », qui n'avait déjà pas bonne presse¹.

Si l'on veut décrire certaines tendances stables, il faut mieux trouver des « analyseurs » ou des préoccupations ayant une certaine constance, voire des signifiants qui occupent le terrain, les conversations et les pensées. Au demeurant, sommes-nous les mieux placés pour traiter de notre propre identité ? Nous la voyons de l'intérieur et le « nez dans le guidon ». Manquent les distances temporelles et géographiques et, pour éviter d'être tout à fait hypocrites, nous sommes aussi composés

Thierry TRÉMINE ✉

Centre hospitalier Robert Ballanger

93602 Aulnay-sous-Bois

1. Son étymologie renvoie à la tautologie, fermée sur elle-même.

d'idéologies défensives de métier. De plus, le monde comme village tend-il à une uniformisation des pratiques, à une néolibéralisation inéluctable des choix, des choix politiques, au primat de l'*Homo economicus* ? Cela gommerait-il à terme les traits spécifiques de tel ou tel pays ? Nous sommes bien incapable de le dire.

Tout au plus, pouvons-nous choisir arbitrairement quelques mots-notions, qui s'imposent par leur *présence répétitive* dans la psychiatrie française et qui sont autant de *traits de personnalité* de celle-ci.

Après l'aliénation, la maladie mentale et la structure, et dans la lignée des travaux de Lanteri-laura, il devient bien difficile de discerner un paradigme circulant et c'est probablement cet éclatement post-moderne qui est significatif. La notion de « trouble », traduction de l'anglais *disorder*, correspond à l'extension descriptive sans fin des pathologies psychiatriques comme celles des souffrances sociales et individuelles, dans le champ extensif de la « santé mentale ». La psychiatrie est alors amenée à courir après son identité par « inflation », dans l'extension maniaque des objets d'application que la société lui fournit, avec parfois des constructions théoriques « ad hoc », éphémères et difficilement palpables. Les dernières lignes du maître livre de G. Lanteri-Laura consacré aux paradigmes de la psychiatrie moderne nous montrent la difficulté de l'entreprise, lorsqu'il affirme qu'« aucun métalangage supposé supérieur ne saurait rendre compte des épistémologies régionales qui constituent la psychiatrie », et cela d'autant plus qu'elles se sont multipliées à foison ces derniers temps.

Nous choisirons donc quelques mots pour leur fréquence et une certaine permanence dans la conversation professionnelle. Cela renvoie à la première conception de Kuhn, où le paradigme ne relève pas de l'existence d'un métalangage, mais de *préoccupations constantes dont témoigne le vocabulaire* [2]. Nous verrons bien si ce vocabulaire subjectivement choisi : *le sujet, l'institution, la politique de secteur* peut, tels des traits de personnalité, nous éclairer sur notre propre identité, tout en sachant que cette connaissance comporte par définition des zones obvies, mais aussi des parts d'ombre. On pourrait sans doute qualifier nombre de nos préoccupations de mythes, d'archétypes ou d'allégories, alors que ce sont surtout des *leitmotive* qui témoignent, plus par leur fréquence que par leur homogénéité, d'une certaine identité qui dépasse le cloisonnement des pratiques [3, 4]. Nous devons sans doute ressentir le même malaise que Michel Foucault à la lecture du célèbre bestiaire de Borges : les utopies consolent, mais la réalité témoigne surtout de l'existence d'hétérotopies, d'un « vocabulaire, derrière lequel il est difficile de repérer une grammaire » [5]. Certains mots des plus communs peuvent alors servir de liens supposés entre des savoirs à l'origine incommensurables.

Le Sujet

La psychiatrie selon les époques, les discours, les constructions sociales et les découvertes balance entre deux positions descriptives et thérapeutiques : *l'être malade et l'avoir maladie*. C'est dans cette oscillation perpétuelle que s'inscrit le Sujet de la folie : toute proposition, la plus factuelle, la plus scientifique transporte avec elle, selon les mots de Khun, « une métaphysique du paradigme » [2]. Ce débat, pour être partout présent, n'en est pas moins toujours très vif en France. Cette oscillation permanente est constitutive de la discipline et de sa complexité. On pourra ensuite, en pile d'assiettes, superposer d'autres alternatives : psychogénèse/organogénèse, culture/nature, compréhension/causalité, etc.

Marcel Gauchet en a décrit les origines chez Pinel : « c'est qu'il est très malaisé de satisfaire simultanément aux deux exigences : la folie n'est pas abolition intégrale de la puissance subjective ; pourtant elle est remise en question de l'existence même de cette puissance, et en ce sens folie "totale" – c'est le tout du Sujet qu'elle engage avec son essence. Concevoir l'implication du Sujet dans la folie, c'est devoir affronter l'extrême difficulté qu'il y a à tenir ensemble ces deux dimensions dans leurs associations paradoxales, sous la menace permanente de perdre l'une en voulant rattraper l'autre. Pour une grande part, les embarras, les impasses, les avancées et les discussions de la clinique durant le XIX^e siècle et au-delà tournent autour de cette insaisissabilité d'une folie dont il faut penser en même temps, à l'épreuve de ses incarnations singulières, qu'elle concerne tout sans être totale, ou qu'elle est à la fois toujours partielle et toujours totale » [6].

Autrement formulé par Gladys Swain dans le même ouvrage : « La folie comme mise en cause du sujet en tant que sujet : tel est l'horizon que Pinel assigne à la réflexion psychiatrique ultérieure. Il la loge tout à l'intérieur de ce cadre théorique implicite. C'est sur une idée quant à l'être de la folie, inexprimée mais agissante, que s'est fondée la connaissance de la folie ; c'est autour de cette idée et à sa poursuite que s'est jouée son histoire. Elle surgit dans l'ouvrage de Pinel avec la critique de l'idée d'une folie complète. L'aliénation mentale n'est jamais totale : l'aliéné conserve toujours une distance à son aliénation. Pour autant, l'aliénation n'est jamais partielle au sens où elle concernerait seulement une part de la personnalité qu'on pourrait purement et simplement séparer du reste. Elle est prise sur le tout du Sujet sans jamais se faire annulation pure et simple de la fonction subjective. Elle est venue du vacillement de la capacité du Sujet à se soutenir comme tel. » [6].

Dès la naissance de la psychiatrie, la réflexion sur le « dedans de l'homme » est consécutive à la description de ses entraves et le sujet ne s'affirme que lorsqu'il est considéré comme divisé, « homo duplex ». La découverte de l'inconscient viendra réaffirmer la coupure puisque le sujet cartésien, lockien ou kantien n'y suffisent plus et sont même devenus suspects d'arrogance.

On sait que l'aliénation mentale a déjà ce caractère double : *être aliéné à soi-même* ou *avoir aliéné une partie de soi-même*. L'importance des ouvrages de Gladys Swain, Marcel Gauchet, et plus récemment de Claude Quétel [7] montre que la rencontre entre le fou et la raison médicale ne relève pas du complot foucaldien entre la raison d'État et l'altérité, quand bien même la grande période des gestionnaires de la folie dans l'entassement des asiles se serait imposée comme telle : une rencontre entre les visées sécuritaires, économiques et « l'inutile », avec Parchappe comme maître d'œuvre. La volonté humaniste de la psychiatrie, en cela indissociable de la psychanalyse, est d'avoir proposé au soignant une identification possible et radicale au sujet aliéné : ils deviennent sujets de leurs paroles et de leurs bévues ; tous deux sont divisés. L'influence de Lacan fut alors considérable ; mais la notion de subversion, de « fading » du Sujet, pour ne reprendre que des expressions lacaniennes « génériques », devait se radicaliser vers une « dépersonnalisation croissante du sujet », selon l'heureuse expression de Muller et Richarson [8, 9]². Cette dialectique du sujet divisé est déjà présente chez Pinel [6]. L'organicisme radical d'un Gresinger – les maladies mentales sont des maladie du cerveau – ou du néokraepelinisme du DSM-III n'ont pas eu en France le même succès qu'ailleurs [10]. La psychopathologie, l'effort de compréhension du dedans sont restés puissants. En France, on retrouve à chaque pas, ou plutôt au sein de chaque doctrine cette aporie soulignée par Gladys Swain : « l'aliénation est toujours partielle et toujours totale ».

Lacan devait inscrire la folie dans le processus même de constitution du Sujet divisé ; par évagation, la question du sujet de l'inconscient put devenir alors accaparante, voulant ignorer l'affreuse conscience qui l'avait accouchée. Henri Ey, dans le *Traité des hallucinations*, put largement s'en moquer. Mais il justifiait aussi sa lecture néojacksonnienne des symptômes !

Chaque doctrine intervenant dans le champ de la complexité psychique retrouve un naturel qui revient au galop : rendre compte d'une « nature humaine » remaniée. Nous ne pouvons nous défaire de cette incroyable tendance à construire une ontologie à partir de notre pratique !

2. On notera que la notion de personnalité présente dans la thèse de Lacan donne place à la notion de sujet : Hegel et Kojève n'y furent pas pour rien.

Personnalité, sujet, personne : la psychiatrie française s'est d'abord attachée, depuis la Seconde Guerre mondiale, à la poursuite d'une psychopathologie : « La psychopathologie est-elle une discipline supérieure et fondatrice ou un luxe » se demandait Lantéri-Laura [11].

« Cette question a longtemps accompagné le paradigme de la structure, poursuit-il, avec un souci d'élégance, d'absence de contradiction et d'efficacité didactique qui décidait de la validité des constructions théoriques » [11]. Nous devons cependant nous souvenir de certains discours amphigouriques, où le parlêtre français, tel Héraclite l'obscur, émerveillait ses contemporains par une complexité croissante³. Henri Ey était d'ailleurs féroce avec Lacan et ceux qui accordaient à la « mantique » exhaustive du délire une place exclusive. Il affirmait qu'une telle « théorisation de la projection reprenait à son compte la méthodologie du délire » en la singeant⁴. C'est aussi que Henri Ey ne voyait pas la psychose dans les livres, fussent-ils de Freud, mais voulait écrire une histoire naturelle de la folie.

L'omnipotence de la structure ne fut pas sans danger pour la clinique elle-même, sommée d'en rabattre devant l'efficacité symbolique des systèmes structurels ramenés au plus simple : névrose ou psychose. Cette efficacité symbolique comprenait aussi un destin funeste tout autant prédéterminé que la démence précoce kraepelinienne, pour le sujet psychosé. La remarque d'Ajuriaguerra – « tout passe par le cerveau, rien par l'auréole » – n'avait aucune chance d'être alors écoutée. Tout passait par l'auréole... Le Sujet structural a donc eu ses défauts. Il a négligé la clinique, le cerveau, la vie sociale. Il comprenait aussi des idéologies défensives du métier de psychanalyste, masquant l'hétérogénéité d'un savoir approximatif et la confraternité des participants. Mais cela témoignait cependant d'un intérêt plus grand, porté à la *narrativité*, et donc à l'histoire.

Sous ce terme d'histoire, nous nous permettrons de faire le rapprochement entre histoire singulière du sujet souffrant et histoire de la discipline, entre biographie et anamnèse. La psychopathologie se fonde sur une histoire écoutée, construite toujours, un lien, un sens. Ces mots ne sont pas usés, mais ils prennent des significations différentes. Après avoir connu l'éclectisme du modèle vulnérabilité/stress,

3. *Il y a dans ces manières somme toute latines le vertige de l'abstraction décrit par Hegel : on pose les problèmes d'une façon qui préjuge de la solution, on monte par le verbalisme et les associations d'idées vers un niveau d'abstraction qui masque dans un épais brouillard la question initiale pour, dans l'illumination de l'insight et l'ivresse du signifiant dévoiler l'invité caché que tout le monde attendait*

4. « Disons que cette « dialectique » assez paradoxale, pour ne s'accommoder que d'un circuit fermé et d'un structuralisme purement formel, peut certes expliciter à l'infini – et parfois merveilleusement – l'énoncé du délire par le recours aux métaphores ou aux jeux de miroirs, des reflets et des mots, sans jamais pouvoir ou même vouloir l'expliquer. Car telle est sa stérilité ». In : Ey H (1973) *Traité des hallucinations*. Paris, Masson ; tome 2 ; p. 1036 [12].

qui permettait surtout d'additionner les facteurs pathogènes, la psychopathologie liée de nouveau au Sujet, social cette fois-ci, retrouve de nouvelles exigences : comprendre la pathologie de la personne souffrante comme une construction, et non plus comme la révélation d'une dégénérescence, d'un destin ou d'un phénotype [13, 14].

L'analyse de l'histoire du Sujet, l'anamnèse de ses troubles, le désir de comprendre les événements, sa vie sociale, son cerveau, ses facteurs de protection relèvent maintenant d'une autre complexité. Dans la notion de vulnérabilité, plus ou moins anthropologique, on remarque un certain dépit devant les progrès de la neurobiologie dont on attendait tout – y compris, parfois, la disparition de la discipline psychiatrie – et le retour d'une certaine humilité devant les pathologies complexes dites bio-psycho-sociales. Les deux premiers composants de cette triade ayant été très largement explorés, le social revendique maintenant sa part. Nous avons bien fait d'être prudents devant l'inflation nosographique scientifique, parfois marchande. Ce qui nous a aidé, c'est l'histoire de la discipline et ses retournements.

Si personne ne peut rendre compte de la totalité du sujet souffrant et s'il subsiste toujours quelque reste dans l'*Homo duplex*, le Sujet dans l'avenir sera citoyen : il voudra faire connaître des exigences relatives à son handicap ou sa façon de vivre. Les associations de patients prennent du poids et se présentent comme des partenaires exigeants, ayant parfois une conception propre de leurs « troubles ». Souhaitons qu'ils restent partenaires et ne deviennent pas comme ailleurs des instruments de combats paranoïaques qui compliquent beaucoup l'alliance thérapeutique, quand bien même ils fourniraient à leurs membres un lien social qui s'était défait autour d'une étiologie revendiquée, en général traumatique ou « naturalisée ».

Au sujet de la Folie, à la fois totalement fou et partiellement raisonnable, a succédé le sujet divisé de l'inconscient, le sujet neuronal, puis le sujet morcelé bio-psycho-social. Après que se soit posée à l'intérieur de chacun, soignant et soigné la question du sujet désirant, le Self tout-en-un reprend le dessus.

La psychopathologie dépasse la folie pour devenir un foyer de construction de la subjectivité, comme potentialité de toute subjectivité ; cela rend les savoirs sur l'autre partageables pour celui qui les énonce, même au prix d'une faille reconnue : la folie du Sujet convoque le Sujet, mais aussi son époque.

Le reste de raison repris de Pinel par Hegel est devenu *linsight*, mot qui doit son succès à son appartenance à plusieurs registres. Né dans la résolution des problèmes par les singes anthropoïdes, il est devenu une réorganisation des rapports conscient/inconscient dans les deux topiques de Freud, pour redevenir le degré de conscience du

patient face à ses symptômes – voire son diagnostic considéré comme préalable à toute efficacité thérapeutique. Or, ce que montre l'histoire du Sujet de la folie, selon la conclusion de l'ouvrage de Gladys Swain, c'est « la possibilité d'une communication en dépit des apparences », ce qui veut dire que l'insight est *d'abord chez celui qui observe ou écoute*. Toutes les mythologies de la geste libératrice de Pinel élaborée par son fils Scipion ont d'ailleurs les qualités affectives de l'insight : une sorte *d'illumination* qui se propage [15].

D'une manière prémonitoire, cette aporie nouvelle du « Sujet » a sans doute été anticipée par Henri Ey, réintégrant la folie non comme une aliénation mais comme une altération de l'homme, c'est-à-dire la perte de liberté d'une totalité sociale. De toutes les manières possibles, toute théorie du sujet, pour être complète, doit montrer l'incomplétude de celui dont elle parle comme de celui qui parle. En 1946, le fameux colloque de Bonneval sur la psychogenèse des névroses et des psychoses, laisse le débat ouvert entre « dogmatistes » et « civilisateurs », dans l'ombre de Jacques Lacan et Henri Ey⁵ [16].

L'institution

Voilà un maître mot de la psychiatrie française, fuyant, à l'usage extensif dans la conversation savante. Institution n'a pas l'aspect péjoratif du terme anglais, où l'institution, c'est l'asile et ses aspects totalitaires. Il existe dans les manuels de psychiatrie en France des « thérapeutiques institutionnelles », ou même des « psychothérapies institutionnelles ». « L'institution, répétait Tosquelles, n'a rien à voir avec l'établissement ». Le terme renvoie alors à des combinaisons sophistiquées et une analyse permanente des rapports humains qui s'y déroulent. Mais comment ne pas penser que le succès du terme vient d'ailleurs, de la force des institutions jacobines, où pour être légitime ou bien-fondé, il faut un rapport à la loi qui institue le « collectif », en réaction à une psychiatrie interindividuelle. Nous aurions pu choisir le binôme « soignants-soignés », avec un appel vers une certaine fraternité que d'aucuns jugeront d'une autre époque et qui aurait laissé place aux modernes « prestations de soins, usagers, clients ». Dans la complexité, ou dans le danger qu'il y a de figer la personnalité dans ses rapports à la science, à la culture, au milieu, nous avons vu que le Sujet n'est évoqué que pour autant qu'il « s'évanouit » (le « fading » lacanien), qu'il est incomplet, qu'il laisse le dedans à découvert, etc. Pour l'institution, Tosquelles adoptait la définition de G. Michaud

5. Je laisse au choix des lecteurs l'attribution respective de ces deux mots...

« appareil social facilitant les échanges ». On remarquera l'aspect indéterminé de la définition, garant de son succès, mais qui témoignait des tâtonnements fraternels de l'après-guerre. L'ouvrage de P.C. Racamier, *Le psychanalyste sans divan*, de grande clarté, représente un certain achèvement *pragmatique* des rapports entre l'institution et la psychanalyse, illustratif du quotidien des équipes soignantes en France. L'institution y est alors désignée comme « un ensemble organiquement lié de personnes compétentes travaillant à soigner des malades mentaux dans une structure fonctionnellement déterminée » [17]. Il faut donc un rapport à la loi, à l'État, à la pyramide sociale, mais aussi un certain « flou », terme qui désigne la haute couture pour la distinguer de la confection mécanisée. Chacun pourra y aller ensuite de son archéologie personnelle, des « institutions justiniani », de l'institution oratoire de Quintilien, de l'« Institut de France », voire des instituteurs ou autre : pour que cela compte, il faut instituer.

L'institution, c'est tout, du côté de l'authentique. Elle surpasse le contrat temporaire, elle s'inscrit dans le droit, elle commande un langage qui circule, c'est-à-dire qu'elle forme, qu'elle établit, qu'elle instaure et, finalement, qu'elle effraye. D'où tient-elle des principes ? La chose demeure variable selon les époques. De la raison, du pouvoir, de l'ordre symbolique. Les prémices sont oubliées lorsque les mots se sont émancipés...

L'institution a toujours transporté une aura du pouvoir magico-religieux. En psychiatrie, confiée à un « gestionnaire-conducteur de soins » selon l'expression – horrible – de Racamier, elle peut se présenter comme un microcosme erratique imaginaire, solidement structuré par les idéologies défensives de métiers qui s'y pratiquent. En cela, elle peut sembler poursuivre le rôle de l'asile en y ramenant la singularité du traitement moral, à travers des constructions théoriques mouvantes, allant de la psychanalyse à la rééducation fonctionnelle.

Selon les époques, les buts et les références théoriques, les thérapeutiques institutionnelles sont variables. Dans un premier temps, il s'agit d'éviter l'hospitalisme et la chronicisation, réagir contre l'univers concentrationnaire, la perte de la dignité humaine et s'appuyer sur les capacités de chaque être à survivre dans une situation de danger, comme l'ont constaté les soignants et soignés de Saint Alban durant la Seconde Guerre mondiale. La chronicité n'est plus un « dogme intouchable » [18] ; « Le médecin de l'hôpital psychiatrique, en ces années qui suivent la Libération, renoue avec la tradition du début du XIX^e siècle et veut faire de son service un instrument de guérison » [18]. Mais il s'aperçoit vite du danger de se « satisfaire de l'organisation d'une sorte de néo-société, dans laquelle il réussit à faire vivre sans heurts des individus mal adaptés, la préoccupation d'une réinsertion sociale

restant plus théorique qu'effective. Cela devant aboutir à une différenciation des constitutions (...) dans la continuité de la psychothérapie » [18]. Apparaît alors dans sa nécessité tout l'arsenal institutionnel extrahospitalier.

Dans le manuel de Ey [19], la psychothérapie institutionnelle vient en contrepoint des aspects mortifères de l'asile ; le « club thérapeutique » en est le pivot. Dans celui de Guelfi et Rouillon [20], les thérapeutiques institutionnelles sont ouvertes vers l'extrahospitalier. Le Groupement d'entraide mutuelle (GEM) en est l'excroissance naturelle. Dans le manuel d'Oxford, il n'en est jamais question.

Le rapport à l'institution est un rapport au corps social dans son organisation, ses lois, son langage : mais aussi à la culture, dans son universalité. Mais le fameux dogme esquirolien, où « une maison d'aliénés est un instrument de guérison, entre les mains d'un médecin habile » n'en est jamais absent. Mais comme cela nous avait menés loin déjà... De nouvelles conceptions autour de la « pair-aidance » et de la capacitation sont nées, avec leurs avantages, leurs utopies et leurs désillusions⁶. Il n'y a pas de voie naturelle, mais des constructions sociales [21].

Une psychiatrie militante

Le livre de Michel Audisio, *La psychiatrie de secteur*, paru en 1980, comporte un sous-titre qui était alors évident pour tous les acteurs et qui le demeurent probablement encore aujourd'hui : *une psychiatrie militante pour la santé mentale*. Les termes lutte, militant, politique, idéologie sont courants dans la psychiatrie française. Ils témoignent généralement de l'engagement des acteurs mais, avec le temps, on se dit que le devenir de la psychiatrie est plus dépendant des grands bouleversements politiques qui transforment les rapports de l'homme à l'homme et sont producteurs d'utopies. Il n'y a pas d'évolution linéaire où l'on en arriverait à convaincre progressivement le pouvoir politique, les administrations et le corps social de ne pas perdre de vue notre frère humain déboussolé. On devra garder en tête le temps considérable qu'il fallut pour mettre en place la circulaire Ruquart du 13 octobre 1937, qui préconisait l'ouverture de services libres et la création de consultation d'hygiène mentale. La proposition de loi avait été présentée à l'Assemblée par les parlementaires Marchandeau, Ruquart et Sarrault, introduisant le placement spontané ou l'autoplacement, les sorties d'essais et le service ouvert. Cette proposition avait

6. Cf. *les rapports ambigus entre la dépendance, le handicap psychique et l'empowerment* (Erhenberg et Lovell).

recueilli l'aval d'Albert Lebrun, Président de la république, mais elle devait disparaître avec la guerre. Les journées psychiatriques nationales de 1945 et 1947, largement influencées par les idéaux de la Résistance, devaient définir tous les principes de la psychiatrie de secteur avec beaucoup d'audace, notamment la fameuse indivisibilité entre prévention, cure et post-cure et la notion de secteur géo-démographique ; puis ce fut une circulaire bien discrète en 1960 et la mise en place des premiers secteurs au début des années 1970, dans la lancée des « événements » [22].

Lorsque la loi s'en mêlera en 1985, nous serons dans une toute autre ambiance idéologique, politique et économique. L'hydre à deux têtes refait surface : l'économisme et la politique dite sécuritaire. De la première, résultera la diminution des lits sans construction des alternatives extrahospitalières prévues ; de la seconde la politique médiatisée de la dangerosité de l'autre ; le tout s'intégrant parfaitement dans la gestion de l'altérité, dont le malade mental est toujours un des maillons faibles, dans ses rapports à l'étrange et l'étranger. Les principes humanistes affrontent l'impéritie du temps et naturellement, on s'aperçoit alors qu'ils ont un coût et que le malade est redevenu cet Autre dangereux. Michel Audisio et beaucoup d'autres font l'amer constat de ce décalage : « deux guerres mondiales, l'occupation nazie, le génocide juif et la propagation des idées freudiennes amèneront la révolte des acteurs de la psychiatrie institutionnelle et l'idée d'une psychiatrie nouvelle sera lancée dans l'enthousiasme de la libération en 1945. Mais il faudra aussi attendre les soubresauts de 1968 pour qu'un règlement administratif de 1960 resté quasiment lettre morte, ait quelques suites à partir de 1972 : 36 années pour aller d'une idée aux textes d'application, 36 années de lutte et d'attente pour près de trois générations professionnelles. Ces quelques chiffres, attestant une lenteur comparable à la non-existence des aliénés internés toute une vie, sont la mesure de marque des institutions psychiatriques et du statut de la folie, la mesure du temps de dérive écoulé depuis l'époque révolutionnaire il y a près de deux siècles » [23].

On pourrait appliquer aux grands principes humanistes qui ont été à l'origine des révolutions psychiatriques le mot de Talleyrand : « méfiez-vous du premier mouvement, il est souvent généreux ». Une fois l'effusion passée, le poids de l'État étouffe les volontés, généralement par l'inertie. Le côté très militant et politique des acteurs de la psychiatrie de secteur ne s'est jamais démenti ; il amènera un statut particulier de la psychiatrie publique française vis-à-vis de l'antipsychiatrie. Dans la démarche « desaliéniste », comme la nommaient Bonnafé et le « groupe de Sèvres » [24], l'antipsychiatrie faisait partie du corps même de la psychiatrie. Si l'on reprend les grandes figures de ce que

l'on pourrait appeler les promoteurs de l'existence du mythe folie, de Foucault à Szasz, en passant par Laing, Cooper, Esterson, on peut résumer cette position par l'intervention de H. Sztuzmann au colloque de Rozes consacré à l'antipsychiatrie : « je dis pour conclure reconnaître à l'antipsychiatrie le mérite d'interroger chacun de nous avec une subtile violence. Quand l'antipsychiatrie est critique radicale de l'institution, je suis antipsychiatre ; mais quand elle se réfugie dans la négation de la maladie mentale, je suis contre » [cité par Quétel. 7].

« Le bœuf est lent mais la terre est patiente », dit un proverbe chinois. L'unité de la prévention de la cure et de la post-cure se réaffirme constamment si l'on considère jusqu'en ses contingences les plus sociales – logement, travail, relations – que les malades mentaux ne peuvent rien attendre d'une mobilisation « tribale » naturelle. Il faut convaincre : les institutionnels, les politiques, les bailleurs et les payeurs, etc. De plus, à la fin des 30 glorieuses, il faut surtout... résister à la précarisation croissante.

Des constantes existent dans les grandes mobilisations professionnelles du début du *xxi*^e siècle : le refus des amalgames sécuritaires entre le malade mental et le meurtrier, la grande méfiance vis-à-vis des politiques ségrégatives ou conditionnées par le retour de la dégénérescence ou sous forme de la détection du meurtrier en herbe, puis la nécessité d'un effort d'assistance incontournable où doivent se répondre les pratiques soignantes et l'assistance. Ce dernier terme peut d'ailleurs retrouver ses titres de noblesse : *ad*, auprès, *sistere*, se tenir debout.

Conclusion

La multiplication des écoles et l'omniprésence au sein même de la psychiatrie française des grands courants de pensée philosophiques témoignent d'un goût certain pour le débat, voire le conflit. Pour beaucoup de ceux qui nous regardent outre-mer, la psychiatrie française est *critique* avant d'être *pragmatique*. Selon la bonne vieille distinction de Ditley, elle a un faible pour la compréhension propre aux sciences de l'homme et se méfie d'une causalité directe afférente aux sciences de la nature. Pourtant, ce fut ici que furent inventés les neuroleptiques, avec une hypothèse toute médicale : une maladie, un médicament.

Cette défiance vis-à-vis du syllogisme médical s'adresse aussi à la philosophie qui a engendré le pragmatisme, le behaviorisme. De ce côté de l'Atlantique, selon les mots de James, on pleure parce que l'on est triste et non le contraire.

L'intérêt permanent pour le *dedans*, pour l'*homo duplex*, nous l'avons retrouvé dans le Sujet comme *leitmotive* et dans l'Institution comme son pendant social. C'est aussi un rapport à l'histoire, que ce soit celle

de la discipline ou celle du sujet, où s'interpénètrent biographie et anamnèse dans la narration⁷. C'est parfois une démarche pesante, qui veut mesurer les propositions nouvelles à leurs présupposés et peut n'y voir qu'un éternel retour des grandes apories ; là où d'autres ne s'embarrassent guère de ces questions et vont de l'avant dans l'action, dont l'histoire dira si elle était bonne ou mauvaise.

Il y a une tendance à se méfier de la nouveauté. Celle-ci doit être longuement soupesée, voire « mâchée » avant d'être prise en compte ou laissée au rebut. Cela peut nous protéger de certains effets de mode comme nous figer dans des attitudes crispées. Souvenons-nous par exemple du peu de succès des « personnalités multiples », qui ravagèrent les États-Unis et les Pays-Bas [25]. Mais il faut aussi rappeler le retard pris pour admettre qu'il existe des méthodes éducatives intéressantes dans l'autisme et les schizophrénies.

À côté des *leitmotive* positifs, il existe des mots « mal aimés », *leitmotive* négatifs, qui témoignent de la réaction des épistémologies régionales contre les intrus et mobilisent les écoles doctrinales. On peut souvent rattacher ces mots mal-aimés au couple behaviorisme-pragmatisme, auquel il faut ajouter maintenant, étroitement mêlés, un vocabulaire « managérial », lorsqu'il évoque la gestion ordonnée des conduites. Le *pragmatisme*, indifférent au *dedans*, la *transparence*, qui relève du même soupçon de vanité et d'hypocrisie ; les anglicismes du « monde village », reçus comme une entreprise de déforestation culturelle. On attend alors une révolte souterraine en se disant qu'en face cela ne tiendra pas longtemps, ou que cela n'a pas de consistance, ni Institution, ni Sujet, ou qu'au pis aller et selon l'adage latin, les Grecs vaincront les barbares vainqueurs.

On sait que la psychiatrie est plus tributaire des courants doctrinaux et culturels qui traversent le socius que des concepts qu'elle crée elle-même. Elle « s'octroie » des systèmes de pensée et les applique justement à la clinique de la difficulté de penser, comme la limite et la preuve de leur efficacité.

En cela, les particularités de telle ou telle psychiatrie relèvent de la culture, ici gallo-romaine. Les psychiatres sont souvent des *plagiaires*, selon le mot de François Tosquelles [26] ou des bricoleurs, selon celui de Claude Lévy-Strauss. Le collectif et la narrativité sont préférés à l'individu ou au protocole. Est-ce que cela relève de choses raisonnables ou de paris jansénistes ? Nous sommes tous faits, comme le philosophe et le neveu de Rameau, de Lui et de Moi, de facettes inconciliables.

7. Nous ne pouvons ici que souligner l'importance du philosophe Paul Ricœur, le « conciliateur », qui propose une herméneutique du soi qui dépasse les querelles du self, du je et du moi, situant le sujet dans la rencontre dialoguée. Cf. *Soi-même comme un autre* [27].

Prospective

Après les grands débats doctrinaux des années 1960-70, la construction toute pragmatique des secteurs dans les années 1970-80, puis les contraintes économiques, les politiques sécuritaires et le retour des vieilles lunes, la psychiatrie est entrée en plein dans le dernier terme de la trilogie bio-psycho-sociale qui avait été snobé par les savoirs structuraux ou néokraepelinien.

Nous sortons d'une période bizarre où chacun pouvait se réclamer qui d'un maître (Lacan, Ey), qui d'une doctrine (le secteur), qui des neurones, et que Suzanne Parizot a qualifiée avec bonheur le « chaos rigide » [28]. Mais l'économisme et le sécuritaire sont devenus pressants et la plupart des initiatives ne relèvent plus du champ sanitaire, mais d'expériences médico-sociales à l'échelon local ou en réseau. Faute d'un État bonasse, la psychiatrie doit construire de nouvelles pratiques avec ses partenaires naturels. Il lui faudra s'accommoder de mots barbares : *lobbying* et *stakeholders* par exemple.

Cependant, personne n'oublie que le « dogme » de la psychiatrie publique en France est né avec la protection sociale et qu'il n'existe pas de psychiatrie ouverte sans Sécurité sociale disponible.

Mais comment répondre maintenant à ce monde sans limite de la souffrance psychique et de la santé mentale ? Sommes-nous les mieux placés pour le faire et faut-il que la psychiatrie ait à soigner les déhiscentes du lien social, les pathologies de l'*human engineering* ou du management de soi-même ? [29]

Le bonheur pilulier largement distribué par la médecine de premier rang n'est à ce titre guère probant. Aussi, une redéfinition des rôles est à faire qui préserve la prise en charge des maladies mentales les plus graves. Il ne faut plus attendre d'une modification légale une innovation à l'échelle du pays.

Car l'envahissement par le « social » ne convoque pas que des bons sentiments. Bercherie a pu dire que les bases épistémologiques de la psychiatrie étaient épuisées, le diagnostic psychiatrique en prise avec les groupes de pression risquant de se voir réduit à un *vote*. La clinique ne serait plus alors qu'une casuistique inépuisable [30, 31].

En fait, la clinique se dirige vers de nouveaux challenges ; nous en sommes aux prémices. Les pathologies les plus graves ne peuvent plus être comprises comme des constructions épigénétiques ou comme la révélation de la structure, ce qui est à peu près la même chose du côté du « fatum ». Pas plus comme l'addition de facteurs et de comorbidités. Mais cette nouvelle compréhension de la pathologie comme une *construction complexe*, à dimensions variables, nécessite des cadres thérapeutiques nouveaux. Ce qui manque le plus, ce sont des expériences

novatrices qui peuvent maintenant tenir compte plus facilement de ce qui se fait au-delà des frontières. La « Retrait » à York, Pinel à Charenton ; la Salpêtrière, le Burghölzli, Chesnut lodge, Saint-Alban et le XIII^e à Paris : là se sont expérimentées les pratiques qui permettraient une nouvelle interprétation du quotidien et une élaboration clinique parallèle.

D'autres ouvertures apparaissent : la montée des savoirs profanes, la « pair-aidance », la capacitation qui renvoient à un sujet citoyen : une nouvelle complexité est en route. Elle ne s'appuie sur rien qui serait étranger à notre histoire. Il nous suffit de l'expérimenter.

Références

1. Dowbiggin I (1993) La folie héréditaire. Paris : Epel. p. 221.
2. Kuhn T (1983) La structure des révolutions scientifiques. Paris : Flammarion.
3. Barthes R (1970) Mythologies. Paris : Seuil.
4. Garrabé J, Pascal JC, Kipman SD, Jousselin D (1996) Images de la psychiatrie. Paris : Frison Roche.
5. Foucault M (1996) Les mots et les choses. Paris : Gallimard : 9.
6. Swain G, Gauchet M (1997) Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie. Préface de Gauchet M, 2^e édition. Paris : Calmann-Lévy : 32-33.
7. Quétel C (2009) Histoire de la folie. Paris : Taillandier.
8. Muller VP, Richardson WJ (1987) Ouvrir les écrits de Jacques Lacan, littoral. Toulouse : Eres.
9. Lacan J (1966) Écrits. Paris : Le Seuil.
10. Postel J, Quétel C (2004) Nouvelle histoire de la psychiatrie. Paris : Dunod.
11. Lantéri-Laura G (1998) Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne. Paris : Editions du Temps. p. 209
12. Ey H (1973) Traité des hallucinations. Paris, Masson ; tome 2 ; p. 1036.
13. Trémine T (2008) Les troubles de la personnalité : enjeux contemporains. L'information psychiatrique 84 : 15-28.
14. Trémine T (2004) Les psychoses de relégation. L'information psychiatrique 80 : 443-58.
15. Bercherie P (2004) Histoire et structure du savoir psychiatrique. Paris : L'Harmatan.
16. Bonnafé L, Ey H, Follin S, Lacan S, Rouart (1977) Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses. Paris : Desclée de Brouwer.
17. Racamier PC (1993) Le psychanalyste sans divan. Paris : Payot. p. 199.
18. Le Guillant L, Bonnafé L, Mignot H (1964) Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions. Paris : Masson. p. 1438.
19. Ey H, Bernard P, Brisset CH (2010) Manuel de psychiatrie. Paris : Masson.
20. Guelfi JD, Rouillon F (2007) Manuel de psychiatrie. Paris : Masson.
21. Jodelet D (1989) Folies et représentations sociales. Paris : PUF.
22. CERFI (1975) Histoire de la psychiatrie de secteur, ou le secteur impossible. Recherches n° 17.

23. Audisio M (1980) La psychiatrie de Secteur. Toulouse : Privat. p. 9.
24. Ayme J (1995) Chroniques de la psychiatrie publique. Toulouse : Eres.
25. Hacking I (1998) L'âme réécrite. Les empêcheurs de penser en rond. Paris : Le Seuil.
26. Tosquelles F (1992) L'enseignement de la folie. Toulouse : Privat.
27. Ricœur P (1990) Soi-même comme un autre. Paris : Le Seuil.
28. Parizot S (2010) Les psychoses, les psychiatres, évolutions des pratiques, des concepts. *L'Information Psychiatrique* 86 : 109-25.
29. Ehrenberg A, Lovell AM (2001) La maladie mentale en mutation. Paris : Odile Jacob.
30. Bottero A (2010) Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique* 86 : 391-403.
31. Bercherie P (2010) Pourquoi le DSM ? l'obsolescence des fondements du diagnostic psychiatrique. *L'information psychiatrique* 86 : 635-40.

Frédéric ROUILLON

L'application à notre discipline de la notion de « santé positive », qui s'est traduite par la substitution progressive du concept de santé mentale à celui de psychiatrie, a bouleversé l'équilibre de l'offre et la demande de soins psychiatriques. La définition « angélique » qu'a donné l'OMS de la Santé : « État de complet bien-être physique mental et social », au cours de la deuxième moitié du xx^e siècle, n'est pas étrangère à cette évolution. Les psychiatres, qui se consacrèrent pendant deux siècles au traitement des maladies mentales, ont été de plus en plus sollicités pour des formes variées de souffrance psychique. On leur a demandé de porter secours à la détresse morale des exclus, de prévenir les conséquences psychopathologiques des catastrophes ou des accidents, de réguler la violence sociale, de prévenir la dangerosité, d'assumer le mal-être des adolescents quand ce n'était pas de promouvoir le bonheur ou la réussite par l'affirmation de soi... Si toutes ces missions ne sont pas illégitimes, elles ne sauraient être mises sur le même plan, particulièrement à une époque où chacun prend conscience que les moyens affectés à l'assurance maladie ne pourront pas être illimités. Il convient donc, pour clarifier ce que devront être nos missions, de (re)distinguer :

- les troubles mentaux, pour lesquels existent des traitements dont l'efficacité est parfaitement établie et qui nécessitent donc une réponse médicale, éventuellement associée à une psychothérapie ;
- les difficultés psychologiques qui justifient plus une intervention psychologique ou psychanalytique que psychiatrique ;
- les détresses psycho-sociales où une contribution de la psychiatrie doit s'intégrer dans une réponse pluridisciplinaire. C'est le cas de l'aide aux victimes, aux exclus, aux détenus... dès lors qu'existe une composante psycho-pathologique dans les difficultés du sujet.

Toutefois, ces distinctions héritées du modèle médical anatomoclinique et des nosographies catégorielles sont quelque peu artificielles. N'y a-t-il pas, en effet, un continuum entre la tristesse qui résulte

Frédéric ROUILLON ✉

Hôpital Sainte-Anne, 75014 Paris

Université Paris Descartes, 75006 Paris

d'un deuil, la démoralisation qu'induit une confrontation prolongée à d'importantes et durables difficultés de vie, un syndrome dépressif caractérisé et un état de stupeur mélancolique avec idées délirantes de persécution ? Pour autant, ces situations ou ces troubles n'appellent pas les mêmes modalités d'assistance : les difficultés psychologiques que nous connaissons tous (le sentiment subjectif de malaise, d'inconfort, de morosité, d'insatisfaction, de manque de confiance en soi, les modalités relationnelles conflictuelles, la souffrance secondaire à une déception ou à un échec, une sexualité mal assumée) se démarquent des troubles explicitement psychopathologiques, comme la schizophrénie, le délire paranoïaque, ou le trouble bipolaire... Il nous appartient donc de définir la « frontière », parfois confuse, entre les deux (par exemple, entre une timidité marquée et une phobie sociale) et d'évaluer le retentissement social ou la gêne fonctionnelle qu'ils entraînent. Elle n'est d'ailleurs pas nécessairement plus importante dans un champ que dans l'autre (un patient maniaco-dépressif bien traité peut être moins handicapé par sa maladie qu'un(e) veuf(ve) qui n'assume pas son deuil). Enfin, un patient souffrant de schizophrénie est exposé, plus que tout autre, à des conflits avec autrui, à des frustrations, des problèmes sexuels, des moments de découragement... De surcroît, si l'idéal est d'atteindre une santé mentale satisfaisante, encore faut-il savoir ce que recouvre ce concept dont existent, selon G. Vaillant [1], de nombreuses définitions :

- la santé mentale comme fonctionnement « hyper normal » avec une optimisation des capacités de créer, d'aimer, de travailler... Définition introduite par Jahoda dans les années 1950 et qui eut le mérite de montrer que la santé n'était pas que l'absence de maladie ;
- la santé mentale comme utilisation optimale de ses potentialités ; liée à la notion de psychologie positive développée par Maslow, dans les années 1970 ;
- la santé mentale comme épanouissement personnel et maturité satisfaisante (Menninger) ;
- l'intelligence émotionnelle et sociale qui suppose la conscience de ses émotions et leur maîtrise ainsi que celles d'autrui, où l'accent est donc mis sur le caractère adapté des comportements ;
- le bien-être subjectif qui renvoie à la notion de bonheur dans l'idée de leurs concepteurs (Seligman et Frederickson) ;
- la résilience, comme modalité adaptative réussie (Vaillant).

L'objectif du soin étant de restaurer un « état de bonne santé », la définition de ce qu'on entend par santé mentale est donc incontournable. Pour autant, peut-être nous sommes-nous laissés abusés par le charme de ce terme en nous accommodant de son imprécision ! En tout état de cause, il ne saurait se substituer à la psychiatrie qui ne doit pas

se disperser et continuer à avoir pour objectif de soigner les malades mentaux.

Place du psychiatre

Le psychiatre a toujours eu, notamment en France, un rôle central dans le soin des malades mentaux et conserve une implication directe dans ceux-ci. À l'exception des chefs de services ou de pôles et des directeurs d'institutions de soin, publiques ou privées, l'essentiel de leur activité est directement dévolue aux patients, même si certains assument également la coordination d'équipes soignantes. Ils interviennent donc tant au niveau de l'accueil initial, du diagnostic que de la prise en charge thérapeutique sauf lorsqu'ils exercent dans des unités d'urgence ou au sein de « centres experts ». Avec la baisse annoncée de leurs effectifs, certains voudraient faire jouer aux psychiatres un rôle de « chef d'orchestre » coordonnant les soins médicaux et éventuellement l'assistance sociale aux patients souffrant des troubles psychiatriques ou même simplement de consultant spécialisé prescrivant, après évaluation diagnostique, un projet médical réalisé par des tiers paramédicaux sous la responsabilité de « disease managers » que certains pays anglo-saxons ont déjà vu apparaître dans le champ de la médecine, particulièrement dans d'autres disciplines. Cette évolution modifierait très profondément notre métier et il n'est pas certain que ce serait pour le bien de nos patients. Si le modèle de « production » de soins, inspiré du Monde industriel, rationalise « la chaîne » des différentes interventions, chaque intervenant agissant selon son strict domaine de compétence, il pourrait s'avérer inadapté à la psychiatrie. On constate déjà les incohérences qui en résultent – en cancérologie par exemple – où chimiothérapeutes, radiothérapeutes, chirurgiens, internistes ont souvent été dépossédés de la responsabilité globale du traitement, abandonnée, dans le meilleur des cas, au médecin généraliste qui n'est pas toujours au fait des soins administrés ! Qu'en serait-il, en psychiatrie, où la dimension relationnelle est au cœur de notre intervention quelle que soit la technique à laquelle nous avons recours et le modèle théorique auquel nous nous référons ? Il est à craindre que deux pratiques psychiatriques émergeraient alors : l'une « artisanale et traditionnelle » et l'autre, d'inspiration plutôt « industrielle » pour poursuivre la métaphore ! Avec, comme pour les biens manufacturés ou l'alimentation deux types de consommations, l'une de qualité, réservée à un public fortuné et l'autre de masse ! Le soin psychiatrique, fondé sur la clinique du sujet ne peut se faire que « sur mesure » et non à la manière du « prêt-à-porter » !

Sur-spécialisation

La psychiatrie est plurielle par ses modes d'exercice, ses techniques de soins, ses références théoriques, les patientèles qu'elle recrute, les caractéristiques sociodémographiques de ses patients (enfants, adolescents, adultes, sujets âgés...), les lieux où elle s'exerce (CHU, CHG, CHS, SMPR, cliniques, cabinets, CMP...), la nature de ses interventions (urgence, hospitalisation temps plein, hôpital de jour, post-cure...) mais aussi, et surtout, par les pathologies qu'elle traite. Si l'offre de soins psychiatriques est le plus souvent généraliste et qu'un psychiatre doit, *a priori*, pouvoir traiter tous les types de souffrance psychique, on a vu émerger, au-delà des spécialisations traditionnelles (psychiatrie infanto-juvénile *versus* psychiatrie adulte par exemple) des orientations préférentielles (addictologie, psychogériatrie, psychiatrie médico-judiciaire, par exemple). De même, parallèlement aux secteurs de psychiatrie générale et aux inter-secteurs pour enfants et adolescents, des structures adaptées à des besoins particuliers ont vu le jour pour les exclus, les toxicomanes, les victimes de psychotraumatismes, les patients souffrant de pathologies somatiques associées à des troubles psychiques... Cette sur-spécialisation était le fait des contraintes de lieu – la psychiatrie de liaison ne saurait s'exercer que dans des institutions où des patients ayant des pathologies organiques sont soignés – mais aussi d'organisation et de formation des personnels. Cette évolution devrait s'accroître car les connaissances nécessaires à l'optimisation des prises en charge thérapeutiques connaissent une croissance exponentielle et il devient de plus en plus difficile de les acquérir dans tous les domaines couvrant les neurosciences et les sciences humaines et sociales. L'exigence de l'excellence, conjuguée au nécessaire approfondissement des connaissances et de l'expérience, nous astreint au choix d'un haut niveau de performance, possiblement au détriment d'un large champ de compétences... L'encyclopédisme en psychiatrie, comme dans toutes les autres disciplines de la médecine, et bien au-delà d'elle, n'est plus concevable ; ne serait-ce que pour la recherche clinique qui se nourrit de cohortes homogènes de patients souffrant d'un même trouble. Cette sur-spécialisation étant susceptible d'être stérilisante, il sera souhaitable que les psychiatres conservent une curiosité sur ce qui n'est pas au cœur de leur pratique quotidienne afin de ne pas devenir des techniciens d'un domaine limité, étranger au contexte de leur discipline ! C'est d'autant plus nécessaire que les comorbidités sont extrêmement fréquentes et qu'il est rare qu'un patient ne souffre que d'un trouble dépressif ou schizophrénique. Par exemple, trois quarts des patients schizophrènes ont une pathologie addictive (tabac et/ou alcool et/ou drogues) et un tiers

d'entre eux traversent des phases dépressives. De même, l'anorexie mentale, qui exige une prise en charge très spécialisée, s'enracine dans tous les troubles psychiatriques, de la personnalité bien sûr, mais aussi des troubles thymiques, névrotiques et anxieux ou psychotiques...

Évaluation et recommandations

Si les Français n'ont pas la même culture de l'évaluation que les anglo-saxons, celle-ci s'est néanmoins imposée à la psychiatrie, comme à toute la médecine de notre pays... Cette évolution n'a pas été nécessairement très paisible ; il suffit, pour s'en convaincre, d'évoquer la polémique qui suivit l'expertise collective de l'Inserm, à propos de l'évaluation des psychothérapies. Nous nous souvenons tous de l'objection du caractère « non évaluable de la souffrance psychique » revendiquée par certains psychanalystes germanopratsins et d'un ministre de la République désavouant publiquement son Institut National de Recherche, ce qui alimenta la presse internationale de considérations goguenardes sur les archaïsmes de notre pays (« The French psychoflap » dans *The Lancet*) ! Si le fait de contester le principe d'une évaluation témoignait d'une certaine mauvaise foi – tout médecin ou psychothérapeute ayant à l'esprit le bien-être de son patient doit s'inquiéter de savoir s'il va mieux ou plus mal au cours de la prise en charge – la crainte d'une standardisation excessive des critères retenus était légitime. Et ce n'est pas parce la souffrance psychique serait inévaluable (ceux qui l'éprouvent savent bien dire si elle est plus ou moins forte) qu'il convient d'être prudent mais bien parce qu'un tiers ne saurait en décider unilatéralement. Pour autant, les chercheurs qui se sont intéressés à la mesure subjective [2] ont pu proposer des manières de la quantifier en soulignant les limites de cette quantification ou, plus exactement, le degré d'erreur possible de la mesure. L'erreur n'est pas tant de chercher à évaluer mais de méconnaître le degré d'incertitude de la mesure et de se déconnecter de la situation réelle du soin et de la singularité du sujet.

De même, les recommandations, qu'elles émanent d'institutions nationales comme la Haute Autorité de Santé (HAS) ou internationales (National Institute of Clinical Excellence ou NICE ; American Psychiatric Association ou APA...) sont loin d'être toutes intégrées dans les pratiques de soin. Cela tient en partie à une défiance vis-à-vis du monde de l'expertise qui les a rédigées mais aussi d'une résistance au changement ; il faut dire qu'elles sont souvent peu adaptées à la pratique à laquelle on les destine. À cet égard, les évaluations des pratiques professionnelles (ou EPP) furent une judicieuse idée

puisqu'elles enracinaient l'évaluation des pratiques, et leur amélioration selon les principales guidelines, dans la réalité de l'exercice des équipes médicales et paramédicales, facilitant ainsi leur appropriation par les acteurs du soin. De fait, une des grandes préoccupations à venir est celle du divorce en cours entre le monde des recommandations, des procédures standardisées et de leur respect par les praticiens ! Le caractère ubuesque de certaines d'entre elles les a discréditées dans leur ensemble ; d'autant qu'elles sont souvent longues, complexes et difficilement applicables... De plus, la menace d'une « non-accréditation », pour irrespect des critères retenus à cette fin, aboutit à ce que les professionnels passent plus de temps à consigner leurs moindres faits et gestes au détriment du temps consacré aux soins. De surcroît, les soignants sont ainsi déresponsabilisés puisqu'il ne s'agit plus de faire intelligemment leur métier mais de se conformer aux processus validés et surtout de prouver sa compliance. Prenons l'exemple de l'évaluation systématique de la douleur, érigée en « étalon or » du dogme de l'assurance qualité ; elle contrevient à l'esprit même de la démarche médicale qui suppose que le médecin ait un raisonnement hypothético-déductif. Il convient, bien entendu, que les soignants interrogent les patients sur leurs douleurs éventuelles, cela fait partie de tout examen clinique, mais au même titre que de nombreux autres symptômes à intégrer dans l'analyse séméiologique. En privilégiant l'un d'entre eux, on entrave la logique de l'examen clinique, qui procède pas à pas, en retenant les informations qui auront du sens dans la réflexion diagnostique. De même, l'incontournable procédure de lavage des mains, qui se décline parfois sur des dizaines de pages est une pantalonnade qui ridiculise l'idée même de qualité des soins ; est-il, en effet, raisonnable de penser qu'elle pourra infléchir de mauvaises habitudes alors que tout soignant en sait l'utilité depuis qu'elle fut établie par Ambroise Paré, il y a plusieurs siècles ?

Démographie

Le déclin démographique, annoncé depuis le début du siècle, est souvent présenté de manière quantitative. Or, à ce jour, il n'y a jamais eu autant de psychiatres en France et si leur nombre venait à baisser avant que les effets de l'élévation du *numerus clausus* ne se fassent sentir, il y en aurait autant au cours de la décennie à venir que dans les années 1990. La question démographique est donc plus qualitative que quantitative, avec notamment la désertification en professionnels de la santé mentale de certaines régions. Un ancien Directeur Général de la Santé ironisait sur le fait « qu'il y a plus de psychiatres dans certaines

rues des quartiers chics de Paris que dans certains départements français ». Et cette répartition inéquitable n'est pas que le fait de l'activité libérale ; les moyens dont dispose le service public sont extraordinairement inégaux et fluctuent dans une proportion de un à dix entre les secteurs les moins bien et les mieux dotés ! On peut craindre que cette situation s'aggrave car aucune des mesures incitatives ou coercitives envisagées au décours du rapport Berland [2] n'a permis de l'améliorer. Le glissement de tâche, notamment le recours aux psychologues cliniciens pour la prise en charge thérapeutique de certains patients, s'est largement développé dans de nombreux pays européens ou nord-américains mais se heurte, en France, à l'insuffisance de la formation universitaire à la pratique psychothérapeutique. De surcroît, la surspécialisation des psychiatres, précédemment évoquée, a détourné de nombreux professionnels vers des activités qui ne leur incombaient traditionnellement pas. Il pourrait en résulter qu'il devienne plus aisé pour un cadre stressé de recourir à une forme de « coaching psychologique » que pour un patient souffrant de trouble schizophrénique d'accéder à des soins adéquats ! Par ailleurs, les pratiques psychanalytiques, encore très ancrées dans la psychiatrie française par rapport aux autres pays européens, lorsqu'elles sont assumées par des psychiatres à un rythme hebdomadaire ou pluri-hebdomadaire bloquent très vite l'accès aux soins pour de nouveaux patients puisque certains psychiatres-psychanalystes ont des files actives d'une cinquantaine de patients et cela pendant des années, alors qu'un psychiatre qui reçoit ses patients à un rythme moyen mensuel peut offrir ses soins à quatre à six fois plus de patients !

Le *numerus clausus* fut créé pour continger les dépenses de santé à une époque où l'on pensait naïvement limiter la demande en diminuant l'offre ; il en est résulté de grands déséquilibres régionaux, avec notamment une impossibilité à assumer la continuité des soins pour la médecine libérale, et des carences de recrutement dans la fonction publique où plusieurs centaines de postes de praticiens hospitaliers en psychiatrie sont actuellement vacants. Les négociations conventionnelles en cours sont particulièrement houleuses sur ce point notamment avec l'irruption de jeunes médecins ou de représentants des médecins en formation qui n'acceptent pas de se voir imposer une obligation d'installation...

Techniques et pratiques de soins

Les extraordinaires progrès de la connaissance neuroscientifique ont entraîné de nombreuses retombées thérapeutiques. Depuis la deuxième

moitié du siècle dernier, les psychiatres ont pu disposer de nouveaux antidépresseurs, qui ont optimisé le rapport efficacité/tolérance, de nouveaux antipsychotiques dits « atypiques », mieux tolérés et plus efficaces sur la symptomatologie schizophrénique « négative » que les neuroleptiques classiques, mais aussi de nouvelles techniques de psychothérapie (pas uniquement le très médiatique « *mindfulness cognitive psychotherapy* ») ou de nouvelles stratégies de réinsertion sociale et de réhabilitation (remédiation cognitive). Sans parler des très prometteuses techniques de neurostimulation profonde, actuellement purement expérimentales et qui sont venues compléter les techniques physiques traditionnelles (la sismothérapie et la RTMs, pour ce qui est des stratégies de stimulation, ou la luxthérapie, l'agrypnie, etc.).

Actuellement, l'accent est mis sur la prise en charge des pathologies résistantes tant au niveau diagnostique, en hiérarchisant par exemple les réponses thérapeutiques selon qu'elles sont absentes, partielles ou totales, mais aussi en développant et en évaluant des stratégies nouvelles comme « l'add-on » pour la pharmacologie clinique. Certes, les psychiatres ont toujours recouru à des associations médicamenteuses pour optimiser leurs résultats mais il s'agit désormais de les évaluer et des les inscrire dans un schéma thérapeutique, sous forme d'algorithmes, après l'échec partiel ou total d'un traitement initial.

Parallèlement à cette évolution des soins curatifs en psychiatrie, l'accent doit être mis sur le développement des stratégies de prévention. Elles ont, par exemple, été validées pour le suicide (limitation de l'accès aux moyens létaux comme la législation restrictive sur les armes à feu ou la détoxification du gaz de ville, etc., mais aussi la formation des professionnels de santé à l'identification et la prise en charge de la crise suicidaire dont l'efficacité a été démontré par l'étude de Gotland coordonnée par Wolfgang Rutz [4]).

Au-delà des innovations thérapeutiques, c'est surtout la relation médecin-malade qui subit actuellement la plus grande mutation. Or, elle est au cœur du processus thérapeutique, qui s'en trouve ainsi fragilisé. Non seulement par le caractère de plus en plus technique de l'intervention médicale, souvent nécessaire de par la sophistication des moyens d'investigation diagnostique et des thérapeutiques, mais aussi par la nature même du recours aux soins, notamment le consumérisme ambiant qui affecte désormais notre discipline. Comment imaginer que l'indispensable lien de confiance se noue entre un patient – usager d'un service médical – et un thérapeute si la relation est ainsi dénaturée ? C'est de l'interaction, pour ne pas dire du transfert entre deux personnes, que naît le processus thérapeutique qui ne saurait être une transaction technico-commerciale. L'acte médical est un subtil mélange de l'application de connaissances scientifiques et

de savoir-faire relationnel ; l'un ne va pas sans l'autre, jusque dans le médicament prescrit qui conjugue, comme nous le savons, effet pharmacologique et effet placebo... Bien sûr, cette conjugaison se fait dans des proportions variables selon la personnalité des patients et la nature de leur pathologie. Nous savons tous, médecins comme patients, que l'acte médical ne se limite pas à une intervention technique et que celui-ci doit être contextualisé ; mais les contraintes de l'exercice de notre profession nous ont amenés à négliger la manière de faire, pourtant essentielle. Certes, les praticiens sont conscients que l'observance du traitement résulte de l'alliance thérapeutique, elle-même patiemment construite en « apprivoisant » le patient comme le Petit Prince de Saint-Exupéry le fit avec son renard. Ce qui prend du temps et exige une implication personnelle non codifiable dans des guidelines et peu compatible avec la Loi dite de Droits des malades qui a introduit une certaine défiance du soignant comme du soigné !

La médecine n'est pas un bien de consommation, ni même un service comme les transports ou la banque, le terme « usager » est donc particulièrement inadapté pour qualifier les patients qui consultent ou sont hospitalisés. De la même façon que les marchands ont tout transformé en « produit » : placements bancaires, automobiles, machine à café, déjeuners gastronomiques et même les voyages touristiques... de même, l'administration hospitalière se plaît à se présenter comme un producteur de soins. Si, pour l'hospitalisation, la composante hôtelière, souvent d'ailleurs négligée notamment les repas, pourrait s'accommoder de cette « marchandisation », comment imaginer que ce soit possible pour les soins qu'on y délivre ? Il a fallu qu'un de nos plus illustres directeurs des hôpitaux dusse être hospitalisé pour qu'il en prenne conscience et écrive un livre à ce propos. Malheureusement pour les malades, ce fut lorsqu'il avait quitté ses fonctions...

Organisation de l'offre de soin et Santé publique

Avec la remise en question « soixantuitarde » de la psychiatrie, notamment par l'antipsychiatrie, la volonté de faire « tomber les murs de l'asile » s'est affirmée au sein de la communauté psychiatrique ! La Loi de sectorisation, conçue au début des années soixante s'attacha alors à promouvoir une psychiatrie ouverte sur le monde. Le développement de structures alternatives permit de resocialiser de nombreux patients. Avec ce mouvement de désinstitutionnalisation, une proportion importante de lits de psychiatrie fut fermée ; peut-être trop, suggèrent certains, qui constatent les difficultés que nous rencontrons désormais pour « trouver un lit » afin de faire hospitaliser un mélancolique

suicidaire ou un schizophrène très délirant. Pour s'adapter, et « libérer des places », les psychiatres ont diminué la durée moyenne de séjour jusqu'à « faire sortir » des patients trop tôt, au risque de les voir revenir très vite, devenant des « revolving door patients » et de se voir reprocher des « externalisations abusives » ! D'autant que l'extrahospitalier n'est pas toujours suffisant pour assurer le relais, les directions hospitalières ayant rechigné à redéployer les moyens nécessaires. De fait, ce transfert budgétaire s'est fait avec une importante « déperdition ». Il y a donc eu une incontestable paupérisation de la psychiatrie publique qui n'a d'ailleurs pas nécessairement profité à l'exercice libéral, comme ce fut le cas dans d'autres spécialités médicales. De fait, une des originalités de la médecine française réside dans le juste équilibre de ses modes d'exercice privé et public. C'en est particulièrement vrai de la psychiatrie ; les psychiatres se répartissant pour moitié dans l'un et pour moitié dans l'autre, leurs clientèles étant sensiblement comparables à l'exception des différences de niveaux socio-économiques et d'une plus grande proportion de patients souffrant de troubles psychotiques dans les files actives de la psychiatrie de secteur [5].

L'offre de soins s'inscrit de plus en plus dans la politique de Santé publique dont elle se propose de faire atteindre les objectifs ; la mue de la psychiatrie vers la santé mentale traduit ce mouvement. Pour autant, ces deux mots « santé » et « publique », si chers à la technocratie sanitaire, sont une contradiction dans les termes. En effet, la santé est une notion bien trop intime pour être réduite à des critères conçus pour une généralisation populationnelle. S'il est à peine possible de qualifier la santé physique puisqu'elle varie en fonction de l'âge, du sexe, du poids, de la taille, des périodes de l'année, etc., que dire d'une standardisation de la notion de santé mentale qui souffre de très nombreuses définitions et fluctue selon les cultures et les niveaux sociaux mais aussi selon les personnalités et, *a fortiori*, de celle du bien-être social que seuls les états totalitaires ont osé codifier. Bien sûr, le bien-être est une aspiration commune, particulièrement dans les sociétés occidentales ; il est même devenu un marché prospère pour les marchands de cosmétiques, de diététique (des yogourts aux alicaments), de psychologie positive et autres techniques de coaching ou clubs de fitness... Il appartient à chacun de trouver le chemin du bonheur dont la santé est souvent un moyen, un pré-requis (quand la santé va tout va !) mais nullement une fin en soi... Les médecins, traditionnellement au service de l'homme malade depuis Hippocrate, doivent-ils devenir des officiers de santé publique, promoteurs de standards universels d'hygiène de vie ? Les préfets de santé que sont les directeurs des Agences Régionales de Santé (ARS) en ont sans doute l'ambition dans une caporalisation de la médecine qui n'a pour seuls objectifs que les coupes budgétaires qui

leurs sont imposées, sous peine de révocation. Dans cette militarisation de l'administration sanitaire, l'ennemi c'est les coûts mais, au-delà de lui, les patients qui les entraînent ! « Salauds de pauvres » clamaient les humoristes de *Charlie Hebdo* (à sa bonne époque). Entendra-t-on un jour : « Salaud de malades qui plombent nos comptes sociaux » ?

On ne saurait, bien évidemment, contester l'utilité d'une politique de santé qui ne se limite pas à organiser l'offre de soins mais à promouvoir des mesures destinées à préserver la santé, telle la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie ou les campagnes de vaccination. Encore faut-il qu'elles soient coordonnées par des ministres compétents qui ne nous offrent pas le spectacle désolant du fiasco que fut celle contre le virus H1N1, heureusement moins virulent que ne l'avaient prévu les experts de santé publique, précisément. Ceux-là mêmes qui lancèrent naguère la chasse aux canards sauvages pour endiguer la grippe aviaire venue d'Extrême-Orient ou qui nous avaient annoncé plus de cent mille morts par encéphalopathie spongiforme bovine ! Si la conception de « Démocratie sanitaire » n'était pas qu'un slogan, dont s'est gargarisé un de nos anciens ministres, familier des médias, il pourrait y avoir l'espoir d'un changement mais la politique n'étant plus qu'incantatoire et recherche d'effet d'annonce, il est à craindre qu'il n'en soit pas autrement à l'avenir...

Soins sous contrainte

La loi sur l'internement, votée en 1990 en remplacement de celle de 1838, vient d'être révisée (cf. chapitre de G. Vidon). Dans l'ambiance sécuritaire actuelle, la profession s'inquiète de ce qu'elle soit contraire à l'esprit qui l'anime depuis que Pinel libéra les aliénés de leurs chaînes, pendant la Révolution française. Certaines dispositions ne sont qu'une réponse électoraliste à des faits divers dramatiques mettant en cause des malades mentaux. Événements pourtant anecdotiques au regard du nombre de patients souffrant de schizophrénie (300 à 400 000) ou de trouble bipolaire (400 à 500 000) en France. Rappelons, à ce propos, les faits attestés par l'épidémiologie : les patients souffrant de troubles psychiatriques sont infiniment plus victimes de crime ou délits qu'ils n'en sont les auteurs ! D'ailleurs, Elbogen et Johnson [6] ont démontré dans la grande étude NESARC (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions), qui a porté sur 34 653 personnes en population générale nord-américaine, que les malades mentaux n'étaient pas plus responsables d'actes violents que la population générale mais que c'était la consommation de drogue ou d'alcool qui était en cause.

Un des slogans de 1968 fut : « non à la fliciatricie » ; or, il semble que notre discipline, née des idées du siècle des lumières, soit de nouveau invitée, par le législateur, à redevenir carcérale... C'est d'autant plus désolant que l'objectif thérapeutique de notre discipline est précisément de concourir à l'autonomie de nos patients et de leur permettre de vivre de manière plus autonome par le travail de réhabilitation sociale qui s'organise autour de lui ! Il ne s'agit pas d'angélisme puisque les études longitudinales attestent de l'efficience des efforts entrepris pour prévenir la récurrence et la chronicisation des maladies mentales. De plus, les mesures contraignantes, autres que l'HO et l'HDT, se sont toujours avérées difficilement applicables ; qui se souvient de la loi dite des alcooliques dangereux, votée le 15 avril 1954, et qui prévoyait le placement dans des Centres de rééducation pendant 6 mois dont très peu virent le jour ? Enfin, on peut se demander si la dangerosité des maladies mentales, au nom desquelles ces textes législatifs sont conçus, n'est pas une forme pernicieuse de discrimination ? En effet, certains patients ne souffrant pas de trouble psychiatrique mais qui refusent des soins et utilisent leur voitures (épileptiques, diabétiques insulino-dépendants, etc.) ne constituent-ils pas une menace pour la population, équivalente à celle d'une personne ayant un trouble schizophrénique et non observante de son traitement ?

Bureaucratie sanitaire

Comme tous les grands secteurs de notre organisation sociale, la médecine, libérale ou publique, est asphyxiée par la bureaucratie. Non seulement celle-ci a un coût qui s'alourdit d'année en année, notamment par l'augmentation de la masse salariale qu'elle entraîne, mais les médecins et les infirmiers lui sacrifient une part croissante de leur temps dont leurs patients se trouvent ainsi privés. À tous les niveaux, l'administration sanitaire est devenue pléthorique : la Direction générale de la santé s'est dotée d'Agences et d'Instituts (Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé – AFSSAPS ; Haute Autorité de Santé – HAS ; Institut national de Veille Sanitaire – InVS ; Institut national de Promotion et d'Éducation pour la santé – INPES, etc., pour ne citer que les principaux) à qui elle a délégué des missions plus ou moins bien assumées si l'on en juge par les failles de la pharmacovigilance mises en lumière avec les effets iatrogènes du Médiator®. Les Collectivités territoriales avaient les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et les Directions Régionales (DRASS) ; on leur a adjoint les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) et maintenant les Agences Régionales de Santé (ARS) qui

s'y sont substituées. Quant aux hôpitaux, non contents des milliers d'heures de travail englouties chaque année dans les réunions de leurs CME (Commission Médicale d'Établissement et leurs multiples déclinaisons : bureau de CME, sous-commissions, etc.), Conseil d'administration devenu Conseil de Surveillance avec la Loi HPST (Hôpital Patients Santé Territoires) – ce qui, on l'imagine, a tout changé – CHSCT (Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail), Comité Exécutif devenu Directoire avec la Loi HPST – là aussi ça change tout... ils n'ont eu de cesse de multiplier les comités et commissions. Pour satisfaire l'égo de ceux qui les président et le goût des latins pour la palabre, on en compte des dizaines dans chaque établissement avec parfois de très nombreux membres qui se retrouvent mensuellement pour dissenter sur la Qualité, la Permanence des soins, la Recherche, la Lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), la qualité alimentaire (CLAN) – avec le résultat gastronomique que toute personne hospitalisée a pu apprécier – la lutte contre la Douleur (CLUD)... Une commission a-t-elle jamais soulagé un douloureux chronique ? Et un médecin bien formé a-t-il besoin qu'un « Comité Théodule » lui rappelle qu'il doit prendre en compte les plaintes algiques de ses patients ? En outre, alors qu'il n'est question, chez nos technocrates, que d'évaluation, on peut s'étonner que l'utilité de toutes ces commissions ne soit jamais évaluée alors qu'existe, bien entendu, une commission de l'évaluation dans la plupart des grands hôpitaux.

Quelques médecins hospitaliers facétieux ont évalué le temps qu'ils passeraient s'ils lisaient l'intégralité de tous les textes et recommandations qui leur sont adressées quotidiennement par leur administration, la HAS, le Conseil de l'ordre, l'Assurance Maladie, leurs collègues de spécialité, les syndicats, la FHF, les sociétés savantes... Le résultat est atterrant : plusieurs heures quotidiennes ! Heureusement, après survol, la majorité des documents reste durablement en attente d'une lecture plus attentive, ce qui aurait dû amener notre administration, après évaluation, à reconsidérer le bien-fondé de l'activité de ceux qui les produisent. Ou tout au moins à produire des notes synthétiques qui ne découragent pas le lecteur pressé et se contente d'aller à l'essentiel ? Si l'on ajoute la codification de leurs actes et les différents rapports d'activité auxquels sont astreints les soignants, ainsi que le temps passé dans les différentes commissions précédemment évoquées, ils ne sont plus très disponibles pour ce qui devrait être leur cœur de métier : *soigner*. Pas étonnant, dans ces conditions, que la plupart des malades se plaignent souvent d'être négligés. C'est à se demander s'ils ont encore leur place à l'hôpital. Un hôpital sans malade et, si possible, sans médecin, c'est probablement le rêve d'une administration hospitalière décomplexée !

Références

1. Berland Y (2002) Démographie des professions de santé. Rapport Ministériel, Paris.
2. Elbogen EB, Johnson SC (2009) The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatr* 66: 152-61.
3. Falissard B (2001) Mesurer la subjectivité en santé. Perspectives méthodologique et statistique. Paris : Masson, Collection « Évaluation et Statistique ».
4. Rouillon F et le GEP (1992) Enquête épidémiologique des troubles psychiatriques en consultation spécialisée. *L'Encéphale* XVIII : 525-35.
5. Rutz W (2001) Preventing suicide and premature death by education and treatment. *J Affect Disord* 62: 123-9.
6. Vaillant GE (2003) Mental Health. *Am J Psychiatr* 160: 1374-82.

Florence THIBAUT, Marion LEBOYER et Frédéric ROUILLON

La recherche dans le domaine de la psychiatrie constitue un enjeu majeur pour les prochaines décennies. En effet, les pathologies mentales représentent aujourd'hui la première cause médicale de handicap dans le monde et la première cause d'invalidité en France. Des progrès considérables ont été faits dans ce domaine depuis 50 ans avec, notamment, l'apparition de critères diagnostiques standardisés, même s'ils sont encore imparfaits et, surtout, l'avènement des psychotropes qui ont transformé la vie des patients. Cependant, le devenir à long terme de la plupart des pathologies mentales reste émaillé de nombreuses rechutes et l'étiologie de ces maladies demeure méconnue.

Prévalence des maladies mentales dans le monde (d'après l'OMS, 2001, étude portant sur 6 millions de sujets)

Les troubles psychiatriques représentent la première cause de maladie (10 % de la population) dont 5,3 % pour la maladie dépressive qui constitue actuellement une des causes majeures de handicap dans le monde, la schizophrénie (1,1 %), les addictions (2 %), les troubles anxieux (2 %) pour ne citer que les plus fréquentes. Par comparaison avec les maladies somatiques les plus fréquentes, 5 % de la population mondiale sont atteints d'un cancer, 6 % du virus de l'immunodéficience humaine et 4 % de maladies coronariennes.

Une étude épidémiologique européenne a rapporté qu'un sujet sur quatre, au cours de sa vie, répond aux critères diagnostiques d'un trouble mental, le plus souvent dépressif, anxieux ou addictif [1]. Il faut également mentionner le nombre important de décès par suicide

Florence THIBAUT ✉

CHU de Rouen, Inserm U614, Faculté de Rouen, 76000 Rouen

Marion LEBOYER ✉

Groupe hospitalier Chenevier-Mondor, CHU Créteil, APHP, 94010 Créteil
Université Paris-Est, Inserm U955 (IMRB), Fondation FondaMental

Frédéric ROUILLON ✉

CMME Hôpital Sainte-Anne, 75014 Paris
Université Paris Descartes, 75006 Paris

(1 million de sujets par an dans le monde dont 12 000 en France, la dépression en constitue le principal facteur de risque). Enfin, le nombre de victimes de violences intentionnelles dans le monde est d'environ 1 % de la population ; les troubles comportementaux en sont souvent à l'origine (conduites addictives, pathologie mentale non stabilisée...).

La recherche comme outil de déstigmatisation

Une enquête réalisée par la Fondation Fondamental, auprès d'un échantillon de 900 personnes, montre que la population s'estime mal informée dans le domaine des maladies mentales. Une importante stigmatisation des maladies mentales dans leur ensemble existe encore actuellement, probablement en grande partie du fait de l'insuffisance d'information du grand public. En effet, les campagnes majeures d'information mises en place sur le sida ou les cancers ont énormément contribué à l'amélioration de l'image de ces maladies auprès du grand public.

Les résultats de cette enquête [2] montrent que :

- 60 % estiment être mal informés sur les maladies mentales ;
- 70 % estiment que le diagnostic est trop tardif ;
- 25 % considèrent que les schizophrènes doivent être isolés de la société et 6 % en ce qui concerne les troubles bipolaires ;
- 50 % pensent que les relations parents-enfants favorisent la schizophrénie et les troubles bipolaires et 20 % pensent que l'alimentation favorise le trouble bipolaire ;
- 25 % des sujets seulement pensent que la maladie mentale est une maladie comme une autre ;
- près de 90 % des sujets atteints de trouble mental n'osent pas en parler.

Mais l'espoir persiste puisque :

- 70 % croient en l'efficacité des traitements ;
- 90 % pensent que la recherche sur les maladies mentales devrait constituer une priorité de santé publique.

Ces données montrent donc l'importance de la stigmatisation des maladies mentales en France et soulignent la nécessité de développer des campagnes d'information sur ces maladies à l'instar de ce qui a été réalisé dans d'autres pays européens ou anglo-saxons.

Bilan de la recherche française en psychiatrie

L'activité de publications (nombre et qualité) est un indice facilement mesurable de l'activité de recherche, il n'est cependant pas le seul, puisque la notoriété des psychiatres est également importante à prendre en compte, bien que plus difficile à évaluer (organisation de congrès, présidence de sociétés savantes européennes ou internationales, invitations à donner des conférences plénières à l'étranger, prix nationaux et internationaux obtenus...).

Lorsqu'on interroge la banque de données PubMed sans limitation d'années de publications, on obtient avec les mots clefs suivants :

- *Brain* : 1 205 252 articles ;
- *Brain disease* : 863 796 articles ;
- *Psychiatry* : 226 180 articles « 20 % de la production en neurosciences » (dont *depressive disorders* 81 000, *suicide* 51 000, *violence* 62 000...).

Nombre et type de publications en France [3]

Au cours de l'année 2007, le nombre de publications dans le domaine de la psychiatrie, dans lesquelles figuraient des équipes françaises était de 2 089 dont 36 (1,7 %) dans les meilleures revues internationales (top 1 %). Le nombre de publications a plus que doublé en France depuis 10 ans. À titre indicatif, la psychiatrie représente actuellement 22 % de la production scientifique dans le domaine très général des neurosciences. La France se situe ainsi au 8^e rang mondial mais seulement au 5^e rang européen en termes de nombre et de niveau scientifique des publications en psychiatrie. On peut ainsi citer quelques avancées majeures en psychiatrie réalisées par des chercheurs français (identification des premiers gènes de vulnérabilité impliqués dans l'autisme ; mise en place de techniques de stimulation cérébrale profonde dans le traitement des troubles obsessionnels compulsifs résistants ; travaux sur la conscience et sur la mémoire à partir de maladies neurologiques et psychiatriques ; intérêt des traitements antiandrogènes chez les délinquants sexuels à fort potentiel de passage à l'acte violent...).

Qui publie ?

Les hospitalo-universitaires sont à l'origine de plus de 60 % de la production scientifique en psychiatrie bien qu'étant peu représentés dans cette discipline puisque, si l'on considère le nombre total de professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) dans

l'ensemble des disciplines médico-chirurgicales, ils représentent 1,5 % de l'ensemble des PU-PH en France (et seulement : 0,5 % pour les Maîtres de Conférences des universités-praticiens hospitaliers ou MCU-PH).

La France compte environ 12 500 psychiatres (7 500 praticiens hospitaliers et 5 000 psychiatres libéraux) dont une centaine de professeurs de psychiatrie (trois quarts en psychiatrie d'adultes, un quart en pédopsychiatrie) et une dizaine de maîtres de conférence. Les universitaires représentent ainsi seulement 0,8 % de l'ensemble des psychiatres et 1,3 % de l'ensemble des psychiatres hospitaliers.

Les autres publications scientifiques dans le domaine de la psychiatrie sont effectuées par des chercheurs en neurosciences.

Reconnaissance internationale

Parallèlement, la reconnaissance européenne et internationale de la France n'a cessé de croître en psychiatrie ces dernières années. À titre d'exemple, le Président de l'Association Européenne de Psychiatrie (EAP) est un psychiatre français (P. Boyer) et la Présidente de la Fédération Mondiale des Sociétés de Psychiatrie Biologique (WFSBP) est un psychiatre français (F. Thibaut). La présidence de la WFSBP, créée en 1974, est occupée par un français pour la première fois depuis sa création.

Budget consacré à la recherche en psychiatrie en France (étude fondation FondaMental, 2008)

L'investissement de l'état a été de 23,7 millions d'euros en faveur de la recherche en psychiatrie dont 19,9 proviennent de subventions par des organismes nationaux (Inserm, CNRS, CEA, Institut Pasteur et enfin Universités) et 3,8 sous forme de contrats publics (programmes nationaux hospitaliers...). La recherche en psychiatrie a ainsi été réalisée avec un budget qui est constitué d'à peine 2 % du budget total privé et public consacré à la recherche biomédicale en France. À titre de comparaison, la France consacre 19 % du budget de la recherche au cancer (soit 185 millions d'euros).

Un million et demi d'euros proviennent de fondations privées (ce qui représente seulement 1 % du montant total de leur investissement dans le domaine de la santé).

Structures de recherche en psychiatrie en France

- Unités CNRS ou INSERM

Moins de deux tiers des PUPH sont rattachés à des unités INSERM ou CNRS. Parallèlement, 22 unités CNRS et 52 unités INSERM affichent parmi leurs thèmes de recherche des thèmes concernant la psychiatrie. Cependant, trop peu d'unités sont uniquement consacrées à la recherche dans le domaine des maladies mentales et un nombre infime d'unités sont coordonnées par des psychiatres.

- Centres d'Investigation Clinique

En France, il existe 18 centres d'investigation clinique dont seulement 11 ont une activité dans le domaine de la psychiatrie (3 en Île-de-France). Ces centres comptent 19 lits d'hospitalisation, 124 investigateurs dans le domaine des neurosciences, du personnel infirmier (10), des assistants et techniciens de recherche (25) et enfin des plateaux techniques importants auxquels la psychiatrie a malheureusement peu accès. Dans ces centres, seulement 10 études, sur les 152 en cours en 2009, ont un lien avec la psychiatrie.

Formation à la recherche en psychiatrie

Plusieurs Masters II de Neurosciences plus spécifiquement adaptés à la psychiatrie existent dans plusieurs régions de France (Lyon, Bordeaux, Toulouse, Strasbourg, Marseille...) (masters de Neurosciences et Cognition pour la plupart d'entre eux) ou à Paris (master de Neurosciences Cognitives et Comportementales de Jussieu). Cependant, la France accueille un nombre trop faible de doctorants et post-doctorants dans le domaine de la psychiatrie.

Coût de la pathologie mentale en regard de l'investissement « recherche » en France

Le budget investi dans la recherche en psychiatrie apparaît encore dérisoire lorsqu'on le confronte aux coûts directs et indirects (sociaux) des maladies mentales dans notre pays. La prévalence des maladies mentales en France a été évaluée en 2007 à 18 % de la population, (comparativement à 1 % pour les cancers). En France, les maladies mentales constituent le 2^e motif le plus fréquent d'arrêt de travail et la première cause d'invalidité (chiffres 2004 de la Caisse nationale d'Assurance Maladie). Les coûts ont été estimés par une enquête URCECO Île-de-France et CREDES pour la fondation FondaMental.

Coûts directs (soins)

Le coût direct en termes de dépenses de santé est équivalent pour les maladies mentales et les cancers et estimé à environ 13 milliards d'euros alors que l'investissement public dans le domaine de la recherche est 9 fois plus faible en psychiatrie. En outre, ces dépenses de soins ne représentent que 1/5^e du coût total estimé des maladies mentales.

Coûts indirects

Ils ont été estimés pour la psychiatrie à près de 100 milliards d'euros (soit près du tiers du budget de l'État ; 6 % du produit intérieur brut de la France). Ils comprennent les coûts sociaux et médico-sociaux (garantie de ressources et indemnités), la perte de productivité, la perte de qualité de vie.

Ces données montrent donc l'importance de la disparité entre, d'une part le coût direct et indirect très élevé de la santé mentale et, d'autre part, le faible investissement pour la recherche en psychiatrie en France. Or, de nombreuses études ont montré que l'investissement dans la recherche biomédicale permet un retour sur investissement voisin de 40 % par an.

Problèmes spécifiques posés par la recherche en psychiatrie

Déficit en postes universitaires

Une partie du déficit en hospitalo-universitaires en France est lié à l'histoire de notre discipline. En effet, l'enseignement de la psychiatrie était historiquement réalisé dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie par des neuropsychiatres. Dans les années 1970, la psychiatrie s'est séparée de la neurologie et la création de services hospitalo-universitaires de psychiatrie a débuté dans un certain nombre de CHU en France, surtout dans les villes les plus importantes. Cependant, près de la moitié des services hospitalo-universitaires, surtout en province, sont encore aujourd'hui localisés dans les centres hospitaliers spécialisés et ne bénéficient pas toujours de l'accès aux plateaux techniques des CHU pour leurs travaux de recherche. Ainsi, pour des raisons historiques, la psychiatrie a eu une implantation au sein des CHU et des facultés de médecine beaucoup plus récente, par rapport aux autres disciplines médicales.

Surcharge en soins de proximité des services hospitalo-universitaires

La psychiatrie universitaire est trop souvent tenaillée entre la nécessité d'assurer les soins de proximité (pour ceux qui sont en CHU : urgences, consultations de liaison dans les services médico-chirurgicaux) et le secteur psychiatrique (pour ceux qui sont en CHS : ce qui est le cas dans plus de 70 % des cas en province) avec une charge importante de niveaux 1 et 2 de soins de proximité et d'hospitalisation. Dans ce contexte, le niveau 3, qui est celui de centre expert de référence régional, est souvent difficile à assurer, ceci est notablement aggravé dans notre spécialité du fait de la pénurie en moyens humains dans certaines régions (le déficit démographique en psychiatrie dans certaines régions, comme le Nord-Ouest de la France ou le Centre par exemple, devrait continuer à s'aggraver dans les 5 à 10 années à venir du fait de départs massifs en retraite).

Apparition de nouvelles missions de soins sans moyens supplémentaires

En outre, la psychiatrie est de plus en plus sollicitée au quotidien pour de nouvelles missions (prise en charge médico-psychologique des victimes de catastrophes, consultations de liaison dans les différents services médico-chirurgicaux (protocoles spécifiques faisant appel à la psychiatrie pour les prises en charge des patients en attente de greffe ou d'intervention chirurgicale pour obésité morbide...), vieillissement, délinquance, précarité, psychiatrie carcérale, prévention dans les écoles...) ; certaines des missions de la psychiatrie s'accroissent (augmentation du nombre de suicidants, vieillissement de la population avec accroissement de la prévalence des troubles mentaux des sujets âgés, augmentation de la délinquance...).

Charge croissante d'enseignement

Tous les futurs médecins, quelle que soit leur spécialité, seront confrontés à la vie psychique de leurs patients et la formation des futurs médecins à la psychiatrie est obligatoire dans le décret d'enseignement des études médicales. Une importante activité d'enseignement en psychiatrie est ainsi répartie dans les trois cycles d'études médicales, ce qui réduit ainsi le temps qui peut être consacré à une activité de recherche puisque le nombre d'enseignants en psychiatrie est dérisoire rapporté à la charge d'enseignement. Ceci est tout particulièrement

vrai en province où l'enseignement repose souvent sur un ou deux universitaires pour les trois cycles d'études médicales.

La psychiatrie est également sollicitée par d'autres disciplines (médecine générale, gériatrie, pédiatrie, médecine du travail, médecine légale...) pour la formation de leurs étudiants en 3^e cycle. La formation médicale continue dans le domaine de la psychiatrie est également très importante. Enfin, nous sommes fréquemment sollicités pour des activités de prévention et d'éducation, en particulier par l'éducation nationale.

Recommandations du rapport Couty en psychiatrie [4]

Les recommandations du rapport Couty, qui préconisent de rapprocher la psychiatrie du modèle déjà appliqué dans les autres disciplines médico-chirurgicales en trois niveaux de complexité croissante (soins de proximité, hospitalisation, centre expert) devraient être appliquées en psychiatrie. À terme, il faudrait ainsi définir, dans de grandes inter-régions, comme le prévoit le projet de réforme actuel, un ou des centres experts dont la mission serait d'effectuer des soins complexes et de donner des avis d'experts. Les soins courants et de proximité doivent être assurés par les hôpitaux psychiatriques spécialisés dont c'est la mission et par les services de psychiatrie des hôpitaux généraux lorsque les pathologies psychiatriques sont intriquées avec d'autres pathologies médico-chirurgicales nécessitant des soins somatiques ou pour la prise en charge des suicidants. Autour de ces centres experts pourrait ainsi s'articuler plus facilement l'activité de recherche avec : accès facilité à des plateaux techniques d'excellence, constitution de cohortes de patients plus importantes, proximité des laboratoires de recherche spécialisés en neurosciences... En effet, la psychiatrie universitaire (d'autant plus que son organisation reposera sur ces centres experts) et les laboratoires de recherche spécialisés dans ce domaine constituent le socle de l'organisation actuelle et future de la recherche en France et devront, à ce titre, être renforcés. Des centres experts dont l'activité est centrée sur les troubles bipolaires ou la schizophrénie ont été mis en place par la fondation FondaMental dans certaines régions françaises et en Europe (ENBRE). Un réseau de centres experts permettrait également de créer plus facilement des liens entre recherche fondamentale et recherche clinique.

Insuffisance de budget consacré à la recherche en psychiatrie en France

La recherche en psychiatrie, dans son organisation actuelle, se heurte à certains écueils importants qui freinent son développement. La faible dotation en moyens financiers est un problème majeur, comparativement à d'autres disciplines comme la cardiologie ou le cancer par exemple, alors que les coûts en termes de santé sont comparables.

Fragilité des structures de recherche

En dépit des importants efforts réalisés par l'Inserm ces dernières années dans le domaine de la recherche en psychiatrie, les structures de recherche actuelles demeurent fragiles et l'effectif des équipes de recherche insuffisant au regard de l'ampleur de la tâche à accomplir.

Caractère multidisciplinaire de la recherche en psychiatrie

La psychiatrie, de part sa spécificité, qui est de s'intéresser aux troubles mentaux dont la principale résultante est comportementale, se situe à l'interface entre les disciplines biologiques, sociologiques et psychologiques. En effet, la plupart des troubles psychiatriques sont d'origine bio-psycho-sociale. Un individu possède ainsi une vulnérabilité particulière à développer une maladie mentale qui peut être innée (facteurs génétiques de susceptibilité) ou acquise (facteurs environnementaux qui peuvent être sociaux ou psychologiques) ou encore résulter d'une combinaison complexe des deux types de facteurs. Par exemple, certains adolescents peuvent, pour des raisons familiales (antécédents familiaux de psychose), présenter un risque accru de développer une schizophrénie. Celle-ci peut, ou non, se manifester selon les facteurs environnementaux auquel l'adolescent aura été confronté ; dans ce cadre, la consommation importante et précoce de cannabis accroît le risque d'apparition d'une psychose de façon extrêmement importante, notamment par le fait de certaines interactions gène-environnement [5]. Des anomalies biochimiques et neurofonctionnelles ont été identifiées dans nombre de troubles mentaux. Les traitements, qu'ils soient psychothérapeutiques ou pharmacologiques, modifient le fonctionnement du cerveau et l'étude de leur impact contribue à une meilleure compréhension des déterminants des troubles mentaux. Les unités de recherche consacrées à ce domaine en France sont trop rares. L'épidémiologie, insuffisamment

développée en psychiatrie, constitue également un champ de recherche important dans l'étude des facteurs environnementaux associés aux troubles mentaux et dans l'étude de la prévalence de ces maladies en France. Dans ce contexte, la psychiatrie doit ainsi développer des collaborations à la fois avec les neurosciences fondamentales mais également avec les sciences humaines et sociales. Dans le domaine de la psychiatrie, il faut également noter l'extrême difficulté de modélisation des maladies mentales (les modèles animaux sont rares et parcellaires dans l'analyse du comportement et l'extrapolation de ces données au comportement humain est parfois hasardeuse). Certains domaines de recherche en psychiatrie sont trop peu étudiés faute de moyens humains et financiers (suicide, violence, déviance sexuelle, addictions, pour ne citer que les principaux), alors que pour la santé publique il s'agit de domaines majeurs soulignés par le Groupe National Technique d'Orientation (GNTO) de la loi de santé publique de 2002. Enfin, à la différence notable de la plupart des pays européens, la France est très en retard dans le domaine du dépistage précoce des maladies mentales et de la prévention.

Des structures tentent de promouvoir la recherche en France

La création d'un Institut National Thématique en Neurosciences (ITMO Neurosciences), dans lequel la psychiatrie est partenaire (coordonné, pour la psychiatrie, par les Prs Rouillon, Boyer et Leboyer et le Dr Mallet), permettra d'accroître la visibilité de la recherche dans ce domaine en France. Ceci permettra également d'aider à la structuration de la recherche en psychiatrie (recensement des compétences dans le but de leur mutualisation, création de centres experts inter-régionaux, création de réseaux interdisciplinaires, meilleure lisibilité internationale et européenne...) et de faciliter l'attribution de crédits de recherche. Cette démarche devrait également permettre d'accroître la nécessaire interdisciplinarité de la recherche en psychiatrie en s'appuyant sur les neurosciences fondamentales pour mettre en place des programmes de recherche translationnelle (nouvelles méthodes diagnostiques, nouveaux traitements, essais cliniques multicentriques...) et sur les sciences humaines et sociales afin de développer des programmes d'éducation et de prévention. La création de centres de recherche d'excellence dans quelques inter-régions devrait permettre de mutualiser les plateformes techniques et les moyens humains et de contribuer au développement de la recherche en psychiatrie en attirant de jeunes doctorants et post-doctorants talentueux.

La fondation FondaMental (coordonnée par le Pr Leboyer) est une fondation de coopération scientifique reconnue d'utilité publique depuis

2009, créée par le ministère de la Recherche, destinée à améliorer les soins et à promouvoir la formation et la recherche en psychiatrie. Cette fondation est bien entendu partenaire de cet institut et contribue à l'obtention de financements pour la recherche en psychiatrie.

Les associations scientifiques et les sociétés savantes, si elles sont très nombreuses en France, sont peu promotrices de travaux de recherche. Citons toutefois l'Association française de Psychiatrie Biologique (AFPB) devenue l'Association française de Psychiatrie Biologique et de Neuro-psycho-pharmacologie (AFPBN) depuis la présidence du Pr Michel Hamon ; elle a pour but de promouvoir la recherche psychiatrique, biologique et thérapeutique, en France. Elle comprend environ 500 membres (psychiatres, pharmacologues et chercheurs en neurosciences) et permet notamment la réalisation de projets multi-centriques, la rédaction de recommandations nationales, la mise en place de programmes de formation. Elle organise un congrès scientifique annuel et est un partenaire de tout premier plan dans l'organisation de congrès européens, avec d'autres sociétés européennes de psychiatrie biologique. De même, l'Association française de Thérapie Cognitivo-Comportementale (AFTCC) qui contribue à la promotion et à l'évaluation des TCC. De nombreux psychiatres français sont, en outre, impliqués dans des réseaux de recherches internationaux, notamment européens, par exemple ceux coordonnés par le Pr P. Boyer pour l'European College of Neuro-Psycho-pharmacology (ECNP).

Références

1. Alonso J, Lépine JP (2007) Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatr* 68 (Suppl 2): 3-9.
2. Durand-Zaleski I, Scott J, Rouillon F, Leboyer M A first national survey of mental health literacy and attitudes toward mental disorders in France (soumis).
3. Caspi A, Moffitt TE, Cannon M *et al.* (2005) Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the Catechol-O-Methyltransferase gene: Longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatr* 57: 1117-27.
4. Couty E, Cecchi-Tenerini R (2009) Mission et Organisation de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Rapport Ministre de la santé et des sports Paris.
5. FondaMental (Fondation) (2009) FondaMental/INSERM Communication au Sénat, Paris juin 2009.

Julien Daniel GUELF

Les deux classifications des troubles mentaux actuellement les plus utilisées dans le monde sont, d'une part, la quatrième édition de la classification américaine connue sous le nom de DSM-IV et publiée par l'Association Américaine de Psychiatrie en 1994 [1], d'autre part la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM-10 ou, en anglais, ICD 10 pour International Classification of Diseases) publiée à Genève en 1992 en version anglaise et, en français, en 1993 [2]. La classification américaine a fait l'objet d'une révision du texte en 2000, connue sous le nom de DSM-IV-TR pour Texte Révisé [3].

Cette quatrième édition faisait suite au DSM-III publié, lui, en 1980 [4], classification qui, pour la première fois, faisait reposer l'ensemble des diagnostics psychiatriques sur des listes de critères diagnostiques explicites d'inclusion et d'exclusion, le plus possible dénués d'ambiguïté sémantique et ne référant pas à des hypothèses étiopathogéniques non démontrées [5]. La classification CIM-10 a réservé, quant à elle, l'emploi des critères diagnostiques à la recherche clinique.

Depuis plus d'une dizaine d'années déjà, l'Association Américaine de Psychiatrie et l'Organisation Mondiale de la Santé préparent respectivement le DSM-V et la CIM-11. Ces travaux doivent aboutir en 2013 pour la classification américaine et en 2014-2015 pour la classification de l'OMS.

J'ai choisi d'aborder le thème de l'évolution de la nosographie psychiatrique par le biais de l'évolution de la classification des troubles mentaux du DSM de 1980 à nos jours, c'est-à-dire à l'horizon 2013. Après quelques réflexions sur les relations entre nosographie psychiatrique et classification des troubles psychiques, je prendrai trois exemples de troubles pour décrire le chemin parcouru depuis une trentaine d'années dans la littérature spécialisée. L'exemple des psychoses puis celui des troubles affectifs, enfin celui des troubles de la personnalité, me permettront en effet d'illustrer l'évolution actuelle des idées

J.D. Guelfi ✉

Professeur émérite de Paris Descartes
CMME, Hôpital Sainte-Anne, 75014 Paris

en matière de classement des troubles. Les deux futures classifications resteront descriptives sans références à des étiopathogénies non démontrées et, autant que faire se peut, compatibles l'une avec l'autre.

Épistémologie et nosographie

J. Garrabe, dans un article publié en 1996 consacré à « Épistémologie et histoire de la Psychiatrie » [6] situait l'origine de l'épistémologie au sein de notre discipline dans l'ouvrage de 1864 de J.P. Falret [7] traitant *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. « La marche des maladies mentales est certainement la partie la plus importante de leur histoire. Ce qu'il faudrait surtout rechercher, ce serait la marche et les diverses périodes des espèces véritables de maladies mentales, encore inconnues à ce jour, mais que l'étude attentive des phases successives de ces affections permettra de découvrir. L'idée de forme naturelle implique en effet celle d'une marche déterminée et réciproquement l'idée d'une marche possible à prévoir suppose l'existence d'une espèce naturelle de maladie, ayant son évolution spéciale... Le progrès le plus sérieux qu'on puisse réaliser dans notre spécialité consistera dans la découverte d'espèces vraiment naturelles, caractérisées par un ensemble de symptômes psychiques et moraux et par une marche spéciale... ».

La voie étant ainsi ouverte à la nosographie de E. Kraepelin dont la cinquième édition du *Traité* date de 1896 [8]. Pourtant, en 1912, dans *La Confusion Mentale*, P. Chaslin pouvait encore écrire : « Une nosographie est pour le moins prématurée : la pathologie mentale ne fait que naître... il vaut mieux se borner à décrire des types cliniques qui ne sont même pas des syndromes et encore moins des entités quitte à « insérer quelques observations sur lesquelles il est difficile de placer une étiquette ordinaire : les « types cliniques d'attente ».

Dans la perspective développée par G. Lantéri-Laura [9], le progrès scientifique est toujours marqué par une alternance entre des paradigmes régnants et des périodes de crise, sans paradigme (au sens de T.S. Kuhn). Après l'aliénation mentale, paradigme régnant de P. Pinel à J.P. Falret, cela a été celui « des maladies mentales » (jusqu'à E. Bleuler en 1926, puis celui des « structures psychopathologiques » qui a culminé avec H. Ey [10]. L'organodynamisme de Henri EY, né dans les années 1930, a représenté le dernier modèle conceptuel global dépassant la stérile opposition entre l'organogenèse et la psychogenèse et assurant à la psychiatrie des frontières relativement précises. Dans cette perspective d'inspiration néojacksonienne, les troubles mentaux correspondent à différents degrés de dissolution globale fonctionnelle de la conscience avec, dans chaque cas, un aspect négatif déficitaire,

conséquence directe de la perte d'une qualité ou d'une fonction, et un aspect positif correspondant à la libération d'une qualité ou d'une fonction normalement inhibée.

Malgré les apparences, ce modèle conceptuel n'était pas non plus une nosographie scientifique mais plutôt, selon l'expression de J. Hochmann, une « idéologie de combat » qui a su traverser plusieurs guerres d'école, celle qui a opposé la psychanalyse au cognitivo-comportementalisme, puis celle qui a opposé partisans et détracteurs de la « psychiatrie biologique » ou encore psychiatres et antipsychiatres. Il s'en est suivi un état de crise prolongé marqué par un manque d'intérêt pour la nosologie allant jusqu'aux années 1970, voire une défiance vis-à-vis de toute classification et de ses conséquences stigmatisantes. Pourtant, comme le rappelait Maurice Reuchlin dans son enseignement, notre « appareil cognitif, automatiquement et intuitivement, construit et utilise de façon permanente des systèmes de classification ». C'est aux États-Unis, avec des auteurs comme E. Robins et S. Guze [11], J.P. Feighner [12] et R. Spitzer [13] qu'est né le courant qui aboutira à la troisième édition du DSM en 1980. Initialement réservés à la recherche clinique et à un nombre limité de catégories diagnostiques, et destinés à aider à la constitution de groupes de patients suffisamment homogènes, les critères diagnostiques seront, avec la troisième édition du Manuel américain, utilisés de façon systématique, pour porter l'ensemble des diagnostics psychiatriques.

Le DSM-III est né du pragmatisme anglo-saxon et il a été élaboré par des médecins sur des bases médicales [5]. C'est dans la mesure où il se réfère à un modèle médical des troubles mentaux qu'on a pu prétendre qu'il s'agissait d'un ouvrage « néokraepelinien ». C'est dans la mesure où il se contente de décrire les troubles sans se référer à des théories étiopathogéniques non démontrées qu'on a pu soutenir qu'il était « athéorique » et « prékraepelinien », en quelque sorte « esquirolien » entre autres, ce qui le rapproche plus de la psychiatrie descriptive des aliénistes de la fin du XIX^e siècle que de la nosographie de E. Kraepelin. En définitive, le DSM-III est tout à la fois un ouvrage révolutionnaire et un retour au passé ! Progrès ou recul ? L'avenir tranchera ! Les deux vraisemblablement malgré le paradoxe apparent de cette affirmation ! C'est en tous cas ce que nous pensions tous deux, mon maître P. Pichot et moi lors de la publication, en 1983, de la traduction française du DSM-III. Quoi qu'il en soit, ce choix fait aux États-Unis dans les années 1970 a eu d'immenses répercussions durables sur l'évolution de la psychiatrie.

Le choix épistémologique fondamental a consisté à privilégier systématiquement dans le recueil des données cliniques principalement les critères diagnostiques d'inclusion et d'exclusion, la fidélité inter-juges

sur d'autres qualités métrologiques comme la validité. Adopter d'abord un langage commun minimum ! Tel a été le principal mot d'ordre des auteurs du DSM-III. De ce fait, la majorité des travaux de recherche effectués avec cet outil de travail depuis 30 ans maintenant ont consisté à vérifier et à améliorer la fidélité inter-juges des diagnostics portés plutôt qu'à élaborer d'autres critères à valeur heuristique potentielle ou à échafauder des hypothèses originales concernant l'étiopathogénie des troubles étudiés.

Les mêmes choix vont-ils être effectués par les auteurs du DSM-V ? C'est la question que je vais aborder maintenant en résumant les principales propositions des groupes de travail au sujet des trois chapitres majeurs de la classification que j'ai choisis, à savoir les troubles psychotiques, les troubles affectifs et les troubles de la personnalité. Il me paraît important de préciser que la Task Force du DSM-V n'a pas encore – au moment où ces lignes sont écrites – décidé quels seraient les choix définitifs effectués dans le manuel. Je rappelle aussi que de très nombreuses propositions des groupes de travail pour la révision du DSM-IV, figurant dans les volumineux *Sourcebooks*, n'avaient en définitive pas été retenues par la Task Force alors dirigée par Allen Frances.

L'élaboration du DSM-V

Les modalités de travail retenues par les responsables de l'élaboration du DSM-V ont schématiquement été les suivantes [14, 15]. Les travaux préalables ont commencé en 1999. Les principes de base de la classification ont été maintenus : surtout l'utilisation systématique des critères diagnostiques pour l'ensemble des diagnostics officiels portés. Les commissions d'experts pour les différentes sections de la classification ont aussi été maintenues mais avec un élargissement des instances nationales et internationales consultées, avec aussi une diversification des travaux préparatoires, des revues générales de la littérature sur tous les chapitres et des enquêtes sur le terrain avant la parution définitive de la nouvelle classification. D'autre part, une importance nouvelle a été accordée au jugement clinique subjectif dans l'appréciation des critères diagnostiques.

Les travaux préparatoires

Les travaux préparatoires ont été dominés par la parution d'un livre blanc en 2002 et par l'organisation de séances thématiques, les

APA/NIH Conference Series qui se sont échelonnées de 2004 à 2008 (American Psychiatric Association et National Institute of Health).

Le livre blanc publié par le nouveau responsable de la Task Force, David Kupfer, de Pittsburg, assisté de Darrel Regier et de Michael First, a développé six thèmes pour stimuler la réflexion et les recherches en matière de : 1) Nomenclature, 2) Neurosciences et génétique, 3) Aspects développementaux, 4) Personnalité, 5) Handicap et 6) Culture [14].

Les principales recommandations générales pour l'orientation à retenir dans la future classification sont les suivantes :

- ne modifier la classification du DSM-IV et ses critères diagnostiques que lorsque des études empiriques ont établi que les avantages du changement envisagé dépassent ses inconvénients ;
- promouvoir le développement d'autres méthodes que celles de l'entretien traditionnel comme les examens de laboratoire, les échelles d'évaluation et les tests psychométriques d'autoévaluation ;
- être particulièrement attentifs aux progrès dans les techniques d'imagerie, dans la génétique, les études neurochimiques et les études animales ;
- encourager la percée de l'approche dimensionnelle qui se confirme dans plusieurs domaines, notamment ceux des psychoses, des troubles affectifs et des troubles de la personnalité ;
- accorder une importance croissante à l'épidémiologie développementale et au rôle des interventions précoces pour la prévention des troubles mentaux.

Treize « Research Planning Conferences » se sont ainsi tenues de 2004 à 2008. Elles ont été organisées à la demande de la Task Force du DSM-V avec la collaboration des principaux instituts américains de recherche, la présidence étant assurée par un spécialiste américain reconnu et la coprésidence par un spécialiste non US. Les participants discutants de ces conférences étaient au nombre de 20, apportant au groupe des revues de la littérature et élaborant les comptes rendus. Ont enfin participé à ces conférences des représentants de l'APA, de l'OMS et des chercheurs invités, reconnus pour leur compétence dans chaque domaine considéré.

La Task Force du DSM-V

La Task Force du DSM-V, de 27 membres, sous la direction de D. Kupfer et D. Regier, a commencé la révision elle-même à partir de 2006. Au moins six de ces membres ont travaillé en étroite collaboration avec l'OMS, un des objectifs déclarés étant – à terme – d'aboutir à une seule classification internationale qui puisse être acceptée mondialement. La Task Force a constitué pour les principaux chapitres de

la classification des groupes de travail qui ont remis leurs conclusions et leurs recommandations à la Task Force en février 2010. On peut consulter ces recommandations ainsi que leurs remaniements sur le site de l'Association : <http://www.dsm5.org/proposedrevisions/pages> [16]. Deux vagues d'enquêtes et d'études sur le terrain, les « field trials », testent actuellement les projets, et ce jusqu'au début de l'année 2012 pour une élaboration définitive et une publication programmée pour mai 2013.

L'avenir des classifications des psychoses chez l'adulte

La conférence APA/NIH consacrée à la classification des psychoses s'est tenue en février 2006. La réflexion s'est poursuivie en 2007 lors d'une conférence internationale sur la recherche en matière de schizophrénie à Colorado Springs. De ces conférences, il ressort en premier lieu que le concept de schizophrénie au sens néokraepelinien tel qu'il est décrit dans le DSM-IV n'est pas véritablement validé, ni en ce qui concerne les critères diagnostiques choisis, ni en ce qui concerne la durée minimum des troubles pour que le diagnostic soit porté [17]. Certains auteurs ont pensé que le temps était peut-être venu de détruire l'édifice kraepelinien en intitulant une conférence internationale : « Deconstructing Psychosis ».

Un espoir d'avancée scientifique majeure est apparu lors de la confirmation de l'existence d'altérations cognitives et neuro-développementales au cours de la schizophrénie, résumées par R. Freedman en 2007. Toutefois, aucun des marqueurs identifiés, endophénotypes ou marqueurs génétiques, aucune des anomalies mises en évidence en imagerie cérébrale, ne possède une sensibilité ou une spécificité diagnostique suffisante pour valider l'existence de cette catégorie diagnostique et justifier, par exemple, sa distinction d'avec le trouble bipolaire. Lors de la conférence de Colorado Springs (in [17]) des points de vue radicalement différents ont été exprimés par les experts, J. Van Os s'est montré partisan de distinguer et d'opposer : « un syndrome général affectif » et « un syndrome psychotique » en lieu et place de la « schizophrénie » ; A. Jablensky a souhaité quant à lui le maintien de la catégorie diagnostique « schizophrénie » ; R. Murray a proposé au contraire de se débarrasser du terme de « schizophrénie » pour celui de « dopamine dysregulation disorder » et W. Carpenter, chairman du groupe de travail sur les psychoses pour le DSM-V, a souhaité « déconstruire le chapitre sur la schizophrénie au profit de différents sub-syndromes ». Le vote final a donné 62 voix pour la déconstruction et 61 contre !

On trouve aussi les deux tendances, conservatrices et innovantes, dans la littérature allemande en 2008. W. Gaebel et J. Zielasek de

Dusseldorf [19] ont préconisé un modèle issu des conceptions de J. Fodor [20] sur la modularité de l'esprit qui réhabilite la psychologie des facultés (E.J. Gall). Selon ces auteurs, la conception modulaire peut s'appliquer à la pathologie psychotique. Il semble possible de dresser, pour chaque patient, un profil de dysfonctions avec leurs répercussions sur le fonctionnement général : dysfonctions des cognitions, des perceptions, des intentions, des émotions et des fonctions sociales. Cette nouvelle approche serait aussi susceptible d'orienter de façon originale les traitements à préconiser. Un point de vue beaucoup plus conservateur a été exprimé par H.J. Möller [21] pour qui il n'existe pas, à ce jour, d'arguments empiriques suffisamment déterminants pour justifier d'abandonner la catégorie diagnostique traditionnelle qu'est la schizophrénie. C'est aussi un choix conservateur qu'a fait le groupe de travail pour le DSM-V, tout en formulant certaines propositions originales. Il en est ainsi de l'individualisation du syndrome psychotique atténué, à risque de psychose, soit comme catégorie diagnostique à part entière, soit comme catégorie « à l'essai » en annexe. De plus, l'hétérogénéité de la catégorie schizophrénie a été reconnue par le groupe de travail et il est recommandé d'effectuer des évaluations dimensionnelles d'intensité en cinq points pour l'ensemble des cinq symptômes centraux caractéristiques de la schizophrénie (critère A) dont au moins deux sont nécessaires pour le diagnostic, présents pendant une partie significative du temps depuis 1 mois (idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé, par exemple catatonique, symptômes négatifs enfin, à savoir restriction des affects ou avolition, deux facteurs distincts qui font partie de la symptomatologie négative).

Après de nombreuses discussions, la proposition d'inclure une évaluation dimensionnelle du fonctionnement cognitif n'a en définitive pas été retenue dans le critère A, malgré son importance pronostique et ses éventuelles conséquences sur le plan thérapeutique.

Enfin, la catégorie du trouble schizoaffectif ne disparaîtra sans doute pas de la classification bien que le groupe de travail ait reconnu ses insuffisances et l'absence de justification empirique suffisante de son autonomie par rapport à la schizophrénie selon M.J. Owen *et al.* en 2007 [22]. Des évaluations dimensionnelles en cinq points de l'humeur dépressive et maniaque sont aussi systématiquement recommandées.

L'avenir des classifications des troubles de la personnalité

La conférence APA/NIH consacrée à la classification des troubles de la personnalité dans le DSM-V s'est tenue en décembre 2004 sous la présidence conjointe de T. Widiger, psychologue américain et de

E. Simonsen, psychiatre danois. L'ouvrage correspondant à cette conférence, publié en 2006 [23], contient une revue exhaustive des modèles dimensionnels proposés dans la littérature internationale en langue anglaise dans le domaine des troubles de la personnalité.

Le groupe de travail sur les troubles de la personnalité pour le DSM-V présidé par A. Skodol, a pris acte de l'insatisfaction croissante, relevée depuis 1980, du monde psychiatrique par rapport à la conception catégorielle du DSM dans le champ des troubles de la personnalité. Par ailleurs, une fidélité inter-juges suffisante est toujours difficile à obtenir dans ce secteur, même lorsqu'on utilise des entretiens semi-structurés adéquats. Le groupe a publié ses recommandations initiales online en février 2010 [16]. Celles-ci comprenaient nombre de nouveautés : tout d'abord une nouvelle définition générale d'un trouble de la personnalité, ensuite la proposition de nouveaux critères diagnostiques généraux pour le diagnostic (W.J. Livesley), un enregistrement de différents niveaux de fonctionnement de la personnalité (D.S. Bender), une description dimensionnelle de ce cadre diagnostique avec six dimensions principales retenues, pour un total de 37 facettes cliniques de traits de personnalité (L.A. Clark et R.F. Krueger), enfin une argumentation développée par A.E. Skodol pour justifier le fait de ne plus retenir désormais que cinq catégories différentes de troubles de la personnalité dans le DSM-V au lieu des dix figurant dans le DSM-IV.

La nouvelle définition générale proposée pour ce cadre diagnostique est la suivante : « échec du développement du sens de l'identité personnelle (le soi) et de la capacité à avoir un fonctionnement interpersonnel adapté », avec de nouveaux critères diagnostiques correspondant à la perturbation du soi et du registre relationnel qui englobe le degré d'empathie, l'intimité, la coopération et l'intégration des représentations d'autrui. Au moins un des traits de personnalité répertoriés à l'origine de l'échec adaptatif est présent à un degré extrême (critère B). Le déficit du fonctionnement de la personnalité serait évalué en cinq degrés avec une nouvelle échelle d'évaluation.

Les cinq diagnostics distincts maintenus sont les personnalités antisociales ou psychopathiques, les personnalités évitantes, borderline, obsessionnelles – compulsives et schizotypiques, des arguments empiriques suffisants manquant pour assurer la validité et l'utilité clinique des cinq autres catégories (A.E. Skodol).

Les six dimensions retenues par le groupe de travail, largement inspirées du modèle à cinq facteurs, sont le névrosisme (ou émotionnalité négative), l'introversion, l'antagonisme, la désinhibition, la compulsivité et la schizotypie.

Les autres perturbations de la personnalité qu'étaient les personnalités paranoïaques, schizoïdes, histrioniques, narcissiques et dépendantes, de même que les deux catégories figurant en annexe dans le DSM-IV,

les personnalités dépressives et passives – agressives ou négativistes, sont décrites sous la forme de configurations de traits de personnalité. Le modèle dimensionnel prototypique élaboré par J. Shedler et D. Westen [24, 25] a consisté à développer à l'aide d'un outil psychométrique, la SWAP-200, la description de 12 dimensions psychologiques cohérentes sur le plan clinique, faisant l'objet de descriptions prototypiques et pour lesquelles les cliniciens cotent le degré d'adéquation du patient qu'ils évaluent avec le prototype sur une échelle à cinq points (« prototype matching »).

Les réactions aux propositions du groupe de A.E. Skodol ont été rapides, nombreuses et certaines d'entre elles virulentes, du moins en apparence. Au mois de septembre 2010, un commentaire de 3 pages, signé de J. Shedler et de sept autres personnalités de renom, a été publié par l'*American Journal of Psychiatry* [26]. Le système proposé pour le DSM y est en effet jugé trop compliqué ; l'approche par les traits de personnalité jugée « sans justification clinique adéquate » et l'omission de certaines configurations de troubles de la personnalité ayant pourtant une utilité clinique significative a été regrettée. L'approche prototypique paraît à ces auteurs plus adaptée à l'usage médical que l'approche dimensionnelle des traits, concept dérivé de la psychologie et testé dans des populations non cliniques. De la même façon, le choix des six dimensions n'a pas fait l'objet d'études empiriques. La proposition mixte de A. Skodol *et al.* est donc considérée comme trop complexe, difficilement applicable en pratique clinique et sans justification empirique suffisante. Deux études, l'une de R. Spitzer *et al.* en 2008 [27], l'autre de B.M. Rottman *et al.* en 2009 [28] ont déjà montré que les cliniciens trouvaient l'approche dimensionnelle des traits moins utile et moins performante que l'approche catégorielle du DSM-IV.

Enfin, J. Shedler *et al.* [26] ont fait remarquer que – s'il est exact que les cinq troubles de la personnalité sacrifiés dans la proposition du groupe de travail l'ont été au motif que le nombre d'études empiriques les ayant testés a été insuffisant – « absence de preuve ne signifie pas preuve de l'absence » !

En janvier 2011, dans le même journal, A.E. Skodol adressait une lettre à l'éditeur [29] précisant que le groupe de travail avait modifié sa position et avait adopté un modèle beaucoup plus simple avec une évaluation du niveau de fonctionnement de la personnalité, une cotation des types de personnalité et une cotation indépendante de la précédente pour les dimensions et les facettes, le critère général pour le diagnostic de trouble de la personnalité étant rempli lorsqu'il y a : soit une très bonne adéquation entre le patient et le type, soit une cotation extrême pour au moins l'une des dimensions retenues.

Par ailleurs, des prototypes sont désormais établis pour l'ensemble des dix catégories diagnostiques et non plus seulement pour les cinq types initialement retenus.

Enfin, les études sur le terrain vont tester faisabilité, fidélité et utilité clinique du système. La réponse des sept auteurs du commentaire (un huitième, J. Gunderson, n'a pas signé...) rappelle l'intérêt d'un modèle dimensionnel des traits pour la recherche clinique mais non pour la pratique quotidienne. Dans ce dernier contexte, l'approche prototypique a d'ores et déjà démontré son utilité clinique selon leurs deux auteurs : J. Shelder et D. Westen, qui semblent bien avoir le vent en poupe depuis plusieurs années déjà dans la littérature spécialisée américaine !

L'avenir des classifications des troubles affectifs

La conférence sur « Dépression et Trouble Anxieux Généralisé » s'est tenue du 20 au 22 juin 2007. Malgré un grand nombre de propositions, les recommandations originales du groupe de travail sur les troubles de l'humeur restent peu nombreuses [16]. Les plus importantes d'entre elles concernent l'adjonction d'évaluations dimensionnelles supplémentaires concernant la sévérité de l'épisode (de 0 à 4) ainsi que celle d'un éventuel abus de substance associé.

Ces évaluations dimensionnelles sont destinées à améliorer les estimations pronostiques et à suivre l'évolution sous traitement.

Il est d'autre part proposé des critères diagnostiques pour une catégorie mixte anxiété-dépression qui figurerait déjà dans la classification de l'OMS. Cette catégorie, réservée aux cas où le nombre de critères d'anxiété et de dépression est insuffisant pour relever d'un diagnostic, soit de trouble anxieux, soit de trouble dépressif, permettrait de pouvoir classer des patients présentant des signes de souffrance en nombre insuffisant pour relever d'un diagnostic de trouble anxieux ou de trouble dépressif.

Cette nouvelle catégorie permettrait donc d'augmenter la sensibilité diagnostique du système ; elle aurait en revanche l'inconvénient de « psychiatriser », de « médicaliser » une fraction sans doute importante de la population générale.

Parmi les autres recommandations figurent :

- la disparition de la dysthymie ou, plutôt, son remplacement par une catégorie nouvelle, le trouble dépressif chronique ;
- le remplacement du diagnostic d'état mixte par des critères de spécification de caractéristiques mixtes quelle que soit la variété du trouble de l'humeur observé ;

- l'adjonction pour nombre de diagnostics d'échelles globales de sévérité des troubles, faciles à remplir ;
- la refonte complète de la catégorie des contextes dépressifs non classés ailleurs qui regroupe des situations cliniques hétérogènes allant de l'insuffisance d'informations ou des tableaux sub-syndromiques aux tableaux prodromiques, aux troubles mixtes anxio-dépressifs, aux dépressions associées à un trouble psychotique, aux dépressions récurrentes brèves et à la dysphorie prémenstruelle.

Enfin, plusieurs sujets sont encore en discussion, non définitivement tranchés :

- la définition opératoire d'un dysfonctionnement ou d'une souffrance psychosociale d'intensité moyenne ou sévère ;
- la refonte complète de la catégorie des contextes dépressifs « non classés ailleurs »... ;
- le nombre minimum et la durée minimale des symptômes dépressifs qui justifient une évaluation clinique ;
- la situation précise d'une symptomatologie dépressive lors d'un deuil qui peut être douloureux sans être pathologique [31].

Une proposition originale et potentiellement lourde de conséquences est l'adjonction à la classification d'un nouveau diagnostic, le « Temper Dysregulation Disorder with Dysphoria », ou dyscontrôle de la colère avec dysphorie qui comprend essentiellement des éclats de colère (*temper outbursts*) en réponse à divers facteurs de stress. Cette proposition provient du constat suivant : la manie chez l'adolescent est souvent caractérisée par de l'irritabilité plutôt que par de l'euphorie. La validité de ce nouveau cadre diagnostique n'est certes pas établie aujourd'hui mais son individualisation, au moins à l'essai, permettrait de l'étudier.

En résumé, les principales recommandations du groupe de travail conduisent à augmenter notablement les inclusions diagnostiques avec le dyscontrôle de la colère avec dysphorie et avec l'anxio-dépression.

Cette tendance évolutive de la classification a d'ores et déjà été dénoncée avec force, entre autres par A. Francès, responsable du DSM-IV [32].

En revanche, diverses autres propositions originales, présentes dans la littérature depuis plusieurs années, ne semblent pas – pour l'heure – retenues. Il en est ainsi des propositions de D. Watson en 2005 [33], J. Angst [34] et de H. Akiskal [35] ou F. Benazzi [36] pour élargir le concept de trouble bipolaire en augmentant jusqu'à huit ses formes cliniques distinctes.

Il en va de même de l'abondante littérature consacrée à l'approche des facteurs étiopathogéniques des troubles de l'humeur résumée dans plusieurs publications récentes [37-39]. Dans ce dernier ouvrage, la nosologie des dépressions a été développée dans plusieurs articles par

F. Ferreri, C. Henry et B. Etain, M. Delavest et C. Even, T. Bougerol enfin. Il en va de même pour plusieurs propositions de regroupements originaux des troubles mentaux, formulées depuis la fin des années 1990. C'est le cas des propositions de R. Krueger (Saint-Louis, États-Unis) à partir des résultats des analyses confirmatoires de patterns de comorbidités de dix troubles mentaux inclus dans la National Comorbidity Survey aux États-Unis. Quatre modèles distincts avaient été comparés. Le modèle qui rend le mieux compte des données est une variante du modèle à deux facteurs qui oppose une dimension d'externalisation (qui regroupe : trouble des conduites, trouble antisocial et dépendance aux substances) à une dimension latente d'internalisation qui comprend elle-même soit la peur (*fear*) regroupant panique et anxiété sociale, soit la détresse anxieuse (*anxious-misery*) regroupant dépression, dysthymie et trouble anxieux généralisé.

Ces nouveaux regroupements ont été proposés conjointement par des chercheurs australiens (G. Andrews et M.J. Hobbs), américains (R.F. Krueger) et anglais (D.P. Goldberg). Ils offrent l'avantage de reposer sur des données empiriques, d'avoir une valeur heuristique et une utilité clinique potentielles [40].

Il en est sans doute de même pour diverses propositions variées, par exemple celles de G. Parker pour la place de la mélancolie [41], de C. Henry pour la dépression bipolaire [42] voire de celles de E. Vieta et M.L. Phillips qui envisageaient de « déconstruire » le trouble bipolaire à l'image de ce qui avait été envisagé pour la schizophrénie [43].

En résumé, de nombreuses propositions des groupes de travail auraient comme conséquences – si elles étaient adoptées par la Task Force comme devant figurer dans le DSM-V – d'augmenter notablement la prévalence des troubles mentaux. Que l'on pense au syndrome de risque psychotique et au trouble mixte anxio-dépressif, mais aussi aux troubles neuro-cognitifs mineurs, aux troubles dysfonctionnels du caractère avec dysphorie voire aux « troubles paraphiliques coercitifs », à « l'hypersexualité » et aux « addictions comportementales » ! Cette médicalisation de nombreux secteurs risquerait d'entraîner de nombreux traitements abusifs, dénoncés avec force, entre autres par A. Francès [32].

Des solutions alternatives ?

Ça et là s'élèvent des voix mettant l'accent sur les limites des classifications de type DSM ou CIM. Je n'en prendrai que quelques exemples : ceux de J. Strauss aux États-Unis [44] avec sa réflexion sur la subjectivité dans les troubles psychiatriques sévères, de S. Parizot [45] hostile à la pensée unique, en quête d'un nouveau paradigme à la suite de G. Lantéri-Laura, exprimant malgré tout un certain optimisme dans sa

réflexion, d'Armelle Grenouilloux [46] s'interrogeant sur les moyens à développer pour une nosologie au XXI^e siècle, de Jack Foucher enfin dont l'article rédigé avec V. Bennouna Greene [47] m'a paru très éclairant.

L'optimisme de Suzanne Parizot transparait dans la résistance croissante qu'elle croit percevoir, résistance « à une clinique simpliste qui se croyait consensuelle et « objective » mais qui ignore l'intersubjectivité qui la constitue ». Elle dénonce aussi « l'inadéquation de la clinique « critérisée », » y compris parmi ses supporters américains ». Elle fait encore preuve d'optimisme lorsqu'elle identifie la « mise en place progressive d'une reconnaissance de la complexité du champ de la psychiatrie avec des enrichissements croisés entre phénoménologie, psychanalyse, cognitivisme et les diverses neurosciences ».

G. Lantéri-Laura et H. Ey auraient sans nul doute apprécié, chacun de son point de vue, la pensée de cette jeune élève ! Une refondation identitaire pour la psychiatrie est aussi recherchée par A. Grenouilloux [46] qui appelle de ses vœux une réflexion sur l'écart entre « théories de référence et pratiques » et « la construction d'un discours sur ce que c'est qu'être malade », réflexion donc « à la fois éthique et épistémologique ».

Je terminerai cet aperçu en résumant la réflexion publiée en 2010 par nos collègues strasbourgeois J. Foucher et V. Bennouna Greene [47]. Pour ces auteurs, la CIM et le DSM étant des classifications purement descriptives, sans référence à une théorie ou à un modèle sous-jacent, sont, de par leurs caractéristiques mêmes, invalidables. La notion de validité ne peut s'appliquer selon eux qu'à des classifications scientifiques qui proposent une modélisation de phénomènes naturels. Dans les nosographies médicales, les modèles sont étiophysiopathologiques. Or, « la définition de troubles sur la base d'une phénoménologie classique farouchement athéorique exclut par définition toute optimisation d'un modèle scientifique ».

La sélection – parmi l'ensemble des critères diagnostiques possibles – des seuls critères manifestes susceptibles de donner lieu à une bonne fidélité inter-juges de leur reconnaissance, conduit donc inéluctablement à l'élimination des critères subjectifs, à l'élimination aussi des critères rares et des critères subtils. Cette sélection peut certes avoir une utilité pratique, mais son utilité scientifique est obligatoirement des plus contestables.

Pour qu'une nosographie soit possible, la description des maladies doit impérativement dépasser le niveau symptomatique ou syndromique et, soit accéder à l'étiologie, soit – lorsque celle-ci est inconnue – à leur physiopathologie. La validation de la démarche implique – lorsque la physiopathologie n'est pas connue avec certitude – de faire des hypothèses à ce sujet et de tester le modèle que l'on espère explicatif. Si

L'on n'a aucune hypothèse formulée ou aucun modèle à tester, la classification ne peut faire l'objet d'une véritable validation. En d'autres termes selon ces auteurs, l'utilisation « rigide », « obligatoire », et surtout « athéorique » d'une classification symptomatique en psychiatrie ne peut nous permettre de progresser dans la compréhension des processus pathologiques... [Dès lors] que l'on se passe d'hypothèses ou de modèles en raison d'une volonté d'athéorisme, toute recherche étiologique ou physiopathologique est dénuée de sens... ».

Une brève allusion est ensuite faite à la classification des psychoses de K. Leonhard largement méconnue en France bien que traduite en français (J. Foucher). Cette classification s'avère certes beaucoup plus complexe que celle du DSM, comprenant, avec les troubles de l'humeur, plus de 70 formes cliniques ; mais des travaux empiriques effectués sur cette clinique fine auraient très vraisemblablement une valeur heuristique plus importante que ceux effectués avec les catégories isolées par le DSM.

La conclusion des auteurs est qu'il est nécessaire « de séparer pour un temps les classifications actuelles dont l'utilité descriptive et clinique reste incontestable et des classifications de recherche qu'il serait nécessaire de libérer d'un athéorisme et d'une phénoménologie clinique inadaptée ».

Conclusion

Les nosographies médicales sont des descriptions et des classifications méthodiques et systématiques des maladies. Les classifications dont nous disposons à l'heure actuelle dans le champ hétérogène de la psychiatrie ne sont ni méthodiques ni systématiques. Nos classements ne pourront pas dépasser le niveau descriptif de la séméiologie tant que nous serons ignorants de l'étiologie ou, au minimum, de la pathophysiologie et de la pathogénie des troubles mentaux.

Nous ignorons même si le modèle médical est le modèle le mieux adapté aux données que nous recueillons. Il est d'ailleurs vraisemblable que le meilleur modèle théorique de référence n'est pas le même dans les différents secteurs de la spécialité.

Cela ne signifie pas qu'on doive se passer de classement. Soulager et soigner impliquent des choix d'où découlent les indications thérapeutiques. Les ébauches d'ordre que permettent les classements nous aident à faire ces choix. Il semble donc impossible d'éluder les problèmes de diagnostic, même si ceux-ci demeurent encore incertains et s'ils ne correspondent qu'à des hypothèses de travail. À défaut de pouvoir encore classer méthodiquement les maladies, on se limite

donc, temporairement, aux classements de troubles voire de patients présentant certaines configurations communes de troubles. Certes, E. Kraepelin pensait à la fin du XIX^e siècle [8] qu'on était parvenu à la dernière étape, décisive, conduisant de la conception syndromique à la conception clinique de la folie : « partout l'importance des signes extérieurs de la maladie a dû reculer derrière les points de vue qui ressortent des conditions d'apparition, d'évolution et de terminaisons ». Toutefois, il a bien fallu, au vingtième siècle revenir à une certaine humilité. Aucune théorisation n'est en mesure actuellement de rendre compte de l'ensemble du champ psychiatrique et le regretté G. Lantéri-Laura [9] avait fait le difficile constat d'une crise de la psychiatrie sans paradigme général après l'échec relatif de la psychanalyse, du structuralisme, de l'organo-dynamisme, du cognitivisme et, plus récemment, du « bio-psycho-social », du moins dans la prétention de ces disciplines de pouvoir fonder une nosographie en psychiatrie.

Dans un tel contexte, le DSM est, en fait, surtout, un constat d'échec comme l'a remarquablement mis en lumière Steeves Demazeux dans sa thèse de philosophie [48]. Il est un constat d'échec mais il n'est pas responsable de l'échec comme certains partisans de la psychiatrie critique cherchent à le faire croire [50]. Le DSM peut même être considéré comme un instrument de progrès, non pas en ce qu'il représenterait une quelconque connaissance mais parce qu'il est un outil de communication dont nous avons impérativement besoin. Que sera le DSM demain [49] ? J'ai essayé de développer ici, à l'aide de quelques exemples, les choix que les auteurs du DSM-V vont effectuer très prochainement, entre des propositions originales à visée heuristique et des positions plus conservatrices. À moins d'une découverte révolutionnaire prochaine dans tel ou tel secteur de la psychopathologie, les solutions de prudence seront sans doute plus fréquemment choisies que les hypothèses originales.

À moins qu'en l'absence d'arguments véritablement scientifiques certains choix ne soient déterminés principalement par la politique et par les groupes d'influence ! Les débats récents autour des dimensions de la personnalité normale ou pathologique laissent malheureusement redouter cette éventualité !

Il est sans doute déraisonnable de chercher à tout prix une classification unique qui soit, en même temps, utile à des médecins pour leur pratique clinique quotidienne et un outil de progrès scientifique.

Le DSM a une utilité pratique et il peut être amélioré. Mais les connaissances en psychiatrie ne progresseront que si l'on utilise, conjointement au DSM, d'autres outils originaux, fondés, eux, sur des modèles théoriques et des hypothèses à tester en confrontant ceux-ci aux multiples données, en progrès constants, dans les domaines de la génétique, de la biologie, de la psychophysiologie et de l'imagerie fonctionnelle.

Références

1. American Psychiatric Association (1994) DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition, Washington DC, Traduction française sous la direction de Guelfi JD, en collaboration avec Boyer P, Chaillet C, Crocq MA et al. Paris : Masson ; 1996.
2. OMS (1993) CIM-10/ICD-10 Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement, Descriptions Cliniques et Directives pour le Diagnostic, Traduction française sous la direction de Pull CB. Paris : Masson ; 1993.
3. American Psychiatric Association (2000) DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition, Texte Révisé, Washington DC, Traduction française sous la direction de Guelfi JD, Crocq MA et al. Version internationale avec les codes CIM-10. Paris : Masson ; 2003.
4. American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and Statistical Manual (DSM-III), Washington, Traduction française sous la direction de Pichot P et Guelfi JD, en collaboration avec Boyer P, Henry JF, Lisoprawski A *et al.* Paris : Masson ; 1983.
5. Guelfi JD (1987) Le DSM-III. Principes généraux, applications et limites. *La Revue du Praticien* 37 : 2844-56.
6. Garrabé J (1996) Epistémologie et histoire de la psychiatrie. *Confrontations Psychiatriques* 37 : 285-334.
7. Falret JP (1964) Des maladies mentales et des asiles d'aliénés. Paris : JB Baillière.
8. Kraepelin E (1896) Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, cinquième édition. Leipzig : Auflage Abel.
9. Lantéri-Laura G (1998) Essai sur les paradigmes de la psychiatrie. Paris : Éditions du Temps.
10. Guelfi JD (2010) Avant Propos. In : Ey H, Bernard P, Brisset C, eds. *Manuel de Psychiatrie* (6^e édition, 1989). Ré-édition. Paris : Elsevier-Masson.
11. Robins E, Guze SG (1970) Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness : its application to schizophrenia. *Am J Psychiatr* 126: 983-7.
12. Feighner J, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R (1972) Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Arch Gen Psychiatr* 26: 57-63.
13. Spitzer RL, Endicott J, Robins E (1978) Research Diagnostic Criteria: Rationale and Reliability. *Arch Gen Psychiatr* 35: 773-82.
14. Kupfer DJ, First M, Regier D (2002) A Research Agenda for DSM-V, American Psychiatric Association, Washington.
15. Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ (2009) The conceptual development of DSM-V. *Am J Psychiatr* 166: 645-50.
16. American Psychiatric Association (2010) DSM-5 Development. <http://www.dsm5.org>
17. Guelfi JD (2010) L'avenir des classifications des psychoses chez l'adulte. *L'Information Psychiatrique* 86 : 127-34.
18. Freedman R (2007) Neuronal Dysfunction and Schizophrenia Symptoms. *Am J Psychiatr* 164: 385-90.

19. Gaebel W, Zielasek J (2008) The DSM-V Initiative "Deconstructing psychosis in the context of Kraepelin's concept on nosology". *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 258: 41-7.
20. Fodor JA (1983) *La modularité de l'esprit* (traduction française 1986). Paris : Éditions de Minuit.
21. Möller HJ (2008) The forthcoming revision of the diagnostic and classificatory system perspectives based on the European Psychiatric Tradition. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 258: 7-17.
22. Owen MJ, Craddock N, Jablensky A (2007) The genetic deconstruction of psychosis. *Schizophrenia Bull* 33: 905.
23. Widiger TA, Simonsen E, Sirovatka PJ, Regier DA (2006) Dimensional Models of Personality Disorders. Refining the Research Agenda for DSM-V, American Psychiatric Association, Washington DC.
24. Shedler J, Westen D (2004) Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *Am J Psychiatr* 161: 1350-65.
25. Shedler J, Westen D (2004) Dimensions of Personality Pathology: an Alternative to the Five-Factor Model. *Am J Psychiatr* 161: 1743-54.
26. Shedler J, Beck A, Fonagy P *et al.* (2010) Personality Disorders in DSM-5. *Am J Psychiatr* 167: 1026-9.
27. Spitzer RL, First MB, Shedler J, Westen D, Skodol AE (2008) Clinical utility of five dimensional systems for personality diagnosis: a "consumer preference study". *J Nerv Ment Dis* 196: 356-74.
28. Rottman BM, Ahn WK, Sanislow CA, Kim NS (2009) Can clinicians recognize DSM-IV personality disorders from five-factor model descriptions of patient cases? *Am J Psychiatr* 166: 427-33.
29. Skodol AE (2009) Revision of the Personality Disorder Model for DSM-5. *Am J Psychiatr* 168: 97-8.
30. Shedler J, Beck AA, Fonagy P *et al.* (2011) Response to Skodol Letter. *Am J Psychiatr* <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/168/1/97-a>
31. Zisook S, Kendler KS (2007) Is bereavement-related depression different than non-bereavement-related depression? *Psychol Med* 1-31.
32. Frances A (2010) A propos des 19 propositions du DSM-V. *On ouvre la boîte de Pandore. La Psychiatrie Française* 194 : 10-4.
33. Watson D (2005) Rethinking the mood and anxiety disorders: a quantitative hierarchical model for DSM-V. *J Abnorm Psychol* 114: 522-36.
34. Angst J, Sellaro R (2000) Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. *Biol Psychiatr* 48: 445-57.
35. Akiskal HS, Pinto O (1999) The evolving bipolar spectrum. *Psychiatr Clin North Am* 22: 517-34.
36. Benazzi F (2001) Major depressive episodes with hypomanic symptoms are common among depressed outpatients. *Compr Psychiatr* 42: 139-43.
37. Goodwin FK, Jamison KF (2007) *Manic Depressive Illness*. New York: Oxford University Press.
38. Dardennes R (2012) Troubles de l'humeur : facteurs étiopathogéniques. In: Guelfi JD, Rouillon F, eds. *Manuel de Psychiatrie, 2^e édition*. Paris : Elsevier-Masson.
39. Goudemand M. (2010) *Les états dépressifs*. Paris : Lavoisier, Médecine Sciences Publications.

40. Goldberg DP, Krueger RF, Andrews G, Hobbs MJ (2009) Emotional disorders: cluster 4 of the proposal meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 39: 2043-59.
41. Parker G (2007) Defining melancholia: the primacy of psychomotor disturbance. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 433: 21-30.
42. Henry C, M'baïlara K, Poinot R *et al.* (2006) Mise en évidence de deux types de dépression bipolaire à l'aide d'une approche dimensionnelle. Implication thérapeutique. *Ann Médico-Psychol* (Paris) 164 : 314-32.
43. Vieta E, Phillips ML (2007) Deconstructing bipolar disorder: a critical review of its diagnostic validity and a proposal for DSM-V and ICD-11. *Schizophr Bull* 33: 886-92.
44. Strauss J (2011) Subjectivity and Severe Psychiatric Disorders. *Schizophr Bull* 37: 8-13.
45. Parizot S (2010) Les psychoses, les psychiatres : évolution des pratiques, des concepts. *Des jeux de miroir. L'information Psychiatrique* 86 : 109-25.
46. Grenouilloux A (2010) Quels besoins et quels moyens pour une nosologie psychiatrique au XXI^e siècle ? *L'Information Psychiatrique* 86 : 135-43.
47. Foucher JR, Bennouna-Greene V (2010) La CIM et le DSM ou l'impossible validation : pourquoi le ver est dans le fruit. *Ann Médico-Psychol* (Paris) 168 : 609-15.
48. Demazeux S (2011) Le lit de Procuste du DSM-III : classification psychiatrique, standardisation clinique et anthropologie médicale. Thèse de Doctorat de Philosophie, Université Paris I.
49. Guelfi JD (2010) La classification américaine des troubles mentaux : hier, aujourd'hui et demain. *La Lettre du Psychiatre* 6 (suppl. 2) : 4-9.
50. Santiago Delefosse M, Gonin Nicole A, Sautter CS (2011) Naissance d'une psychiatrie critique anglo-saxonne, perspectives et limites. *Encycl Med Chir* (Elsevier Masson, SAS, Paris), Psychiatrie, 37-957-A-70, 8 p.

Denis LEGUAY

L'un des facteurs les plus déterminants à l'efficacité des soins délivrés à une population est leur organisation. Celle-ci structure un système associant les ressources consacrées à l'action thérapeutique, et à ses déclinaisons sociales et médico-sociales, qui prennent en compte les conséquences des troubles dans la vie quotidienne. Aussi compétents et dévoués soient les agents de ce système, les soins dispensés n'atteindront leur pleine portée que s'ils s'intègrent dans un parcours individuel organisé qui rend disponible la juste intervention au bon moment. Pour négliger cette évidence, certaines organisations se condamnent à rester inefficaces, et condamnent les patients pris en charge à perdre des chances de se rétablir. C'est dire à quel point cet aspect est essentiel et exige la vigilance de quiconque cherche à bien soigner.

Car ces aspects organisationnels sont en général considérés en France de façon lointaine par les professionnels du soin, qui ont été progressivement dessaisis, à quelque niveau que ce soit, de leur pilotage, par les responsables administratifs et politiques, arguant qu'il s'agissait d'un « métier » spécifique, requérant des compétences appropriées, et probablement incompatibles avec l'exercice de la médecine. Cette option héritée de la tradition française de la conduite de l'action publique est discutable, même si les derniers développements législatifs ont à ce point accentué cette tendance qu'un retour en arrière est aujourd'hui difficilement concevable. Au moins peut-on être certain qu'il prendrait des années.

Et sans doute faudra-t-il attendre que l'approche purement administrative et gestionnaire fasse la preuve de ses faiblesses, et des gaspillages qui s'en suivront, pour que l'on revienne à cette évidence que le médecin, par sa connaissance intime de son art, est le seul à même d'évaluer le juste besoin de soins. Personne ne le conteste lorsqu'il s'agit du soin individuel. Il s'agit d'en statuer quant au soin collectif : qui peut le mieux arbitrer entre les priorités potentielles, sinon le médecin dont c'est la culture, qui possède la compétence quant à l'efficacité et

Denis LEGUAY ✉

Psychiatre des Hôpitaux

CESAME, 49137 Saint-Gemmes-sur-Loire

la disponibilité des moyens nécessaires, qui peut relativiser l'urgence et la gravité des pathologies qu'il traite, à l'écoute de ses malades, de leurs familles, et de la globalité du système au sein duquel il œuvre ?

Bien entendu, il faut des gestionnaires, des établissements, des lieux de concertation, de recours, une « démocratie sanitaire » véritable, c'est-à-dire non instrumentalisée, un dialogue social, des processus de recherche de qualité, des protocoles, et, pour les responsables, des qualités de lucidité quant aux moyens réels disponibles. Bien entendu, il faut un cadre de droit, de la multidisciplinarité, des choix politiques, une attention portée aux processus collectifs de changement, du respect des compétences propres à chacun, et convenir que le médecin n'est pas seul en légitimité de répondre de ces choix. Il intervient au sein d'une dynamique collective à laquelle contribuent, chacun de sa place, un grand nombre de personnes (et non de métiers) dont la démarche éthique peut évidemment largement valoir la sienne. Mais force est de constater qu'en face du patient, il n'en reste qu'un qui soit en situation de responsabilité personnelle quant au résultat de sa démarche diagnostique et de ses options thérapeutiques. C'est bien le médecin, seul devant son patient, qui ne pourra jamais invoquer le budget défaillant, le personnel débordé, la réglementation inadaptée, son absence de disponibilité, les limites de sa compétence, et celles de sa patience. Le médecin DOIT mettre tout en œuvre, y compris lorsqu'il ne peut pas, parce qu'il est physiquement là pour recueillir et traiter la plainte. C'est avec le médecin que se fixe le contrat de soins, que se choisissent les stratégies thérapeutiques, dans ce colloque singulier qui constitue le socle de la pratique médicale. C'est cette exigence quotidienne s'appliquant à lui qui justifie qu'il dispose d'une responsabilité directe dans la conduite collective des soins qu'il est, tout naturellement, en situation de conduire.

Toute autre option ne pourra qu'abîmer la pratique de la médecine, quand bien même les médecins, comme on l'avance si volontiers dans les cercles décisionnaires, ne mériteraient pas qu'on leur fasse confiance sur ce point. Peut-être n'ont-ils pas encore montré qu'ils pouvaient sur le terrain piloter le système de soins. C'est pourtant à eux, en pratique, de remplir ce rôle. C'est la raison pour laquelle, en psychiatrie comme ailleurs, ils doivent s'y intéresser, et s'engager, clairement, sur les options à prendre ici et maintenant.

Bien entendu, cet intérêt, cet engagement, cette responsabilité ne sauraient plus aujourd'hui s'exercer de façon unilatérale. Le médecin (pris ici dans son sens générique) ne devra forger son jugement qu'en le confrontant aux données de la santé publique, et à l'évaluation des usagers. Face à lui, il retrouvera les décideurs, l'État et ses services extérieurs, les Agences Régionales de Santé, l'Assurance Maladie, qui, en charge des équilibres budgétaires, lui indiqueront les limites du

possible. Entre ces deux pôles devra s'instituer une tension dialectique, dynamique vertueuse, qui pourrait garantir à la médecine française une efficacité optimale, dont il est à craindre qu'en renforçant un pilotage centralisé, en donnant le dernier mot au responsable administratif, les orientations législatives récentes ne l'éloignent gravement [19].

C'est de cette conception précise que se justifieront les lignes qui vont suivre : proposer quelques repères structurants sur l'organisation des soins, les missions qui leur sont dévolues, à l'intention des cliniciens, afin qu'ils les gardent à l'esprit et qu'ils s'attachent à faire évoluer positivement l'efficacité des filières de prise en charge.

Les dispositifs participant du système de soins peuvent, à l'instar des modèles du « care » et du « cure » en usage dans les pays anglo-saxons, être répartis en deux catégories : ceux relevant du soin de santé, dont les outils sont l'exercice clinique et l'action thérapeutique, et ceux relevant de la prise en charge, de la compensation de la situation de désavantage et de difficultés de l'adaptation, dont les outils sont l'action médico-sociale et sociale, que nous choisirons également de traiter ici.

L'accès aux soins

Les personnes présentant des troubles psychiatriques peuvent rencontrer le système de soins dans une grande variété d'occurrences. Mais avant de les décliner, il est nécessaire d'examiner celles où « l'accès aux soins » ne peut s'exercer.

Dans certains pays, l'accès aux soins psychiatriques est limité par les conditions économiques, la disponibilité des équipements et des professionnels, ou la solvabilité de la demande [20]. En France, plus que par ces conditions matérielles qui peuvent toutefois encore influencer, notamment pour certaines populations dites « précaires », l'accès au système est déterminé par la complexité de la question de la demande de soins, ou de leur nécessité au regard de la personne elle-même ou de son entourage. De nombreuses études ont montré que l'entrée dans le système de soins était conditionnée par la gravité de la pathologie, ou le caractère bruyant de son expression symptomatique. Les pathologies les moins sévères, ou n'engageant pas la normalité du comportement, ou altérant le niveau d'attente du soulagement espéré figurent parmi les affections les moins prises en charge, faute de demande.

À cela, il faut ajouter le poids des représentations sociales [7], généralement très négatives, qui font porter à la personne souffrante la menace du jugement péjoratif d'autrui, et décourage, chez certaines personnalités, le recours aux soins primaires ou spécialisés pour raison psychique. Pour avoir largement évolué ces dernières décennies [21], le

bain culturel imprégnant la société autour des problématiques de santé mentale reste dissuasif d'une demande de soins clairement exprimée, et portant sur un vécu subjectif que le public redoute très généralement de formuler, faute de s'autoriser à le mettre en questions. Envisager pour soi des soins psychiatriques implique le préalable d'accepter de se reconnaître une souffrance subjective, un état qui fait rupture avec ce que l'on connaît de soi, puis d'accepter l'idée des soins, de leur intérêt, voire de leur nécessité. Il s'agit d'une démarche évidemment plus complexe que celle qui s'engage à partir d'une souffrance ou d'un accident physique, où la pathologie peut se supporter d'une représentation d'une atteinte par un agent extérieur, n'entamant ni l'identité, ni la valeur morale que l'on s'accorde.

En tout état de cause, la proportion des personnes ayant recours aux soins parmi les personnes présentant des troubles reste faible, y compris dans les pays développés [1].

Le système de soins n'est pas nécessairement un paramètre déterminant des évolutions nécessaires et attendues dans ce registre de l'accès aux soins et de ses freins. La culture, les réalités sociales et démographiques ont sans doute une influence bien supérieure. Mais, en tant que lieu d'une réponse a priori adaptée, sa responsabilité ne sera pas négligeable, par sa présence, son accessibilité, sa souplesse, la dignité de ses pratiques et de ses locaux, le professionnalisme de ses agents [12]. Souvent préoccupée de son propre équilibre, l'institution psychiatrique doit savoir se remettre en cause, s'examiner sans complaisance, ne jamais oublier qu'elle est, et souvent à son insu, actrice des préjugés qui encombrant le commerce que les patients entretiennent avec elle [8].

Le système public de soins

Le système public de soins psychiatriques s'éclaire d'une longue histoire, dont l'étape moderne a commencé lors des « Journées Psychiatriques Nationales » de mars 1945, au cours desquelles les principes sur lesquels sera plus tard fondé le secteur psychiatrique sont formulés. « L'unité et l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure » sont en particulier affirmées, qui détermineront l'objectif de la continuité du soin, de la territorialisation de la prise en charge, et de l'unité de l'équipe qui sera chargée de les mettre en œuvre.

La circulaire ministérielle « fondatrice » du 15 mars 1960, puis différents textes produits entre 1971 et 1979 en déclineront la mise en place. Les bases sont alors jetées. Elles seront confortées par une loi en 1985 [16]. Les secteurs s'installeront dans les hôpitaux spécialisés,

puis, à partir de la fin des années 1980, dans les hôpitaux généraux, où ils représentent actuellement un tiers des secteurs de psychiatrie d'adultes. Au total, l'offre sectorisée, qu'elle soit portée par les hôpitaux spécialisés ou généraux, publics ou privés faisant fonction de publics, représente environ 80 % de l'offre de soins hospitaliers [5].

Mais pour quelle politique de soins ? Autant les principes qui guidèrent la structuration du système public furent, et sont encore volontiers rappelés, autant les politiques menées par les responsables de secteur varièrent, grossièrement entre les promoteurs d'une désinstitutionnalisation volontariste, et ceux d'une politique d'accueil hospitalier se réclamant de la noblesse de « l'asile » [13]. Plusieurs courants de pensée s'en disputèrent l'inspiration théorique. Il en résulta, si l'on ajoute le poids de l'histoire de chacune des institutions hospitalières, une grande variété de situations, de moyens, de pratiques, de cultures, qui démentirent l'unicité affichée de la politique de secteur.

Aujourd'hui, on relève encore une situation relativement contrastée quant aux moyens et aux politiques suivies. Les populations prises en charge par le secteur psychiatrique sont quant à elles plus homogènes, témoignant d'une consistance de la morbidité, universellement exprimée.

Les moyens affectés aux secteurs sont donc encore aujourd'hui très inégaux. En moyenne, ils représentent 46 lits d'hospitalisation complète, (avec des extrêmes dans un rapport de 1 à 13), 17 places d'hôpital de jour, 2,5 centres médico-psychologiques, 1 centre d'accueil thérapeutique à temps partiel par secteur. Il existe très peu de centres d'accueil de crise (22 sur 830 secteurs de psychiatrie d'adulte, dite « générale » [5].

En termes de ressources humaines, les secteurs comptent en moyenne 6,5 équivalents temps plein de médecins, dont 3,4 praticiens hospitaliers, 78,2 ETP de personnels non médicaux dont 46 infirmiers et 2,9 psychologues. Depuis 1989, une baisse de 10 % des ressources humaines des secteurs a été constatée [5], hors effet de réduction du temps de travail, et malgré l'augmentation considérable du nombre de patients pris en charge (900 en moyenne par an en 1989, 1 700 en 2003).

Le constat de l'hétérogénéité des pratiques et des moyens, dont la responsabilité ne saurait incomber aux professionnels qui doivent en assumer les conséquences aujourd'hui, invite cependant à s'interroger sur la diversité, voire l'incohérence des politiques de soins suivies. Celle-ci trouve sans doute sa première raison dans l'absence de critère objectif au besoin réel de soins, et donc dans la difficulté à ne pas répondre à toute demande [11]. Mais elle ne peut éviter de renvoyer à une vision plus politique de la psychiatrie, dont l'exercice se teinte fatalement d'une vision de la société, d'une lecture humaine des

souffrances vécues par les patients, et de leurs causes, et selon les praticiens, subjectives, relationnelles, sociales, médicales... L'hospitalisation en psychiatrie, et sa pointe extrême, l'hospitalisation sans consentement, est-elle justifiée par le secours dû à un malade, la nécessité d'une rupture dans une dynamique relationnelle délétère, la thérapeutique nécessaire à une pathologie médicale, l'accueil pour un séjour de rupture d'une personne en crise, la gestion technique d'un désordre du comportement, ou la prévention d'un trouble à l'ordre public ? Chacune de ces tonalités implicites renvoie à une inflexion de la pratique des équipes de soins, et trouve son écho dans les débats actuels qui accompagnent la redéfinition législative du cadre proposé aux soins sans consentement. Même lorsqu'une orientation semble s'imposer aujourd'hui, en faveur d'une médicalisation des interventions, d'un refus de l'influence de la notion d'ordre public, et d'une judiciarisation des mesures prises au bénéfice des patients, l'ambiguïté demeure : les paramètres médicaux stricts d'existence d'une pathologie psychique caractérisée seront-ils les seuls à être pris en considération, ou la loi donnera-t-elle au système public de soins une mission plus large de prévention des conduites impulsives, dont il serait aisé d'affirmer le lien avec un quelconque « trouble de la personnalité » ? On voit ici que la société ne pourra faire l'économie d'une redéfinition du rôle qu'elle entend donner à la médecine psychiatrique, en débat avec les usagers, les professionnels et les pouvoirs publics, en charge des équilibres sociétaux.

Les populations traitées par les secteurs psychiatriques sont plus homogènes. C'est principalement en fonction des lieux d'intervention que varieront les pathologies prises en charge. Selon que les secteurs interviendront en hôpital général, dans les services d'urgence ou en psychiatrie de liaison, dans certains territoires ruraux riches en établissements pour personnes âgées, ou que les populations urbaines précaires seront surreprésentées dans leur périmètre géographique, les pathologies figurant dans leur file active seront davantage des situations aiguës, des problématiques somatopsychiques, des détériorations mentales dues à l'âge ou des états limites. Mais les pathologies les plus constantes dans la patientèle des secteurs sont les troubles dépressifs et bipolaires, et les troubles psychotiques, spécialement schizophréniques, et induisant souvent une désinsertion sociale qui aura besoin des interventions pluriprofessionnelles des équipes de secteur (source ATIH, 2009). Sans cumuler évidemment tous les avantages, le secteur psychiatrique présente au moins celui de proposer aux patients présentant des troubles psychiques graves et souvent invalidants un premier recours accessible, une équipe qui assurera la continuité d'une prise en charge en dépit des vicissitudes de l'adhésion aux soins, un dispositif

identifié d'accueil en urgence, des soins répondant aux situations de crise. Partout, un cadre contenant en hospitalisation, une écoute psychologique ou infirmière, des soins médicaux, médicamenteux et/ou psychothérapeutiques seront à disposition, sauf carence importante de moyens.

Manqueront peut-être, selon les cas, des soins plus spécifiques, que seule pourra dispenser une équipe associant des professionnels spécialisés, par exemple dans le domaine des thérapies cognitivo-comportementales, de l'urgence médico-psychologique, ou de la réhabilitation psychosociale, ou encore des psychothérapies s'inscrivant dans le registre psychodynamique. Parfois, certaines compétences, diagnostiques et thérapeutiques feront défaut, comme par exemple dans le domaine de la géro-psi-chiatrie, des troubles liés à l'adolescence, des addictions, ou des soins à apporter spécifiquement aux problématiques de la crise suicidaire. C'est alors que pourront se mettre en place, selon le degré de collaboration souhaitée entre les secteurs, des dispositifs intersectoriels dédiés à certaines de ces problématiques.

À côté de cette organisation sectorielle, qui réalise un maillage couvrant la majorité des territoires, et des besoins de soins, peut en certains lieux s'être développé un système à la fois non sectorisé et non intersectoriel [5]. Il se pourra qu'il se soit affranchi d'une organisation sectorisée préalable, ou avoir été créé *ex nihilo*, souvent dans les hôpitaux généraux, pour répondre localement à des problématiques particulières, ou être issu des orientations d'une équipe universitaire ayant souhaité développer une réponse à certaines pathologies, souvent l'objet de ses travaux de recherche. Ce pourront être des dispositifs dédiés, en aval des services d'urgence, aux problématiques suicidaires, ou à des situations pathologiques somatopsychiques, ou encore à certaines techniques de soins, telles l'électroconvulsivothérapie, ou demain peut-être la stimulation magnétique transcrânienne répétitive... Ce pourront être également des équipes dédiées à une activité plus globale de psychiatrie dite « de liaison » dans les services médicaux, ou à des interventions plus spécialisées, auprès d'équipes de médecine somatique, s'intéressant à certaines problématiques plurifactorielles, (mémoire, cognition, vieillissement, douleur, apprentissages, rééducation fonctionnelle...) développées dans le cadre de plans ministériels (autisme, Alzheimer, douleur...), et soutenues par des structures spécifiques (« Centres Ressources ») ou non. Généralement, ces interventions sont positionnées par leurs promoteurs et les instances qui les autorisent comme offrant un service complémentaire aux prises en charge de premier rang constituées par l'offre de soins sectorisée.

Il arrive plus rarement qu'elles se soient édifiées sans tenir compte du contexte existant, mais en tout état de cause, elles n'ont de sens qu'en

limitant leurs indications à certaines occurrences particulières, comptant sur leur environnement pour proposer une offre généraliste et la proximité des soins. Pour autant, dans leur spécificité, leur compétence particulière, leurs indications précises, focalisées sur des problématiques souvent négligées parce que non prioritaires pour des équipes souvent asphyxiées par la demande et l'urgence, elles remplissent et rempliront d'inestimables services. Nul doute qu'à l'avenir ces dispositifs devront se développer, pour peu qu'ils y soient invités dans un esprit de complémentarité, qu'on reste résolu à les évaluer dans le temps, et qu'on sache, si nécessaire, les remettre en cause.

C'est semble-t-il dans cet esprit que se proposent actuellement des « Centres Experts », dont la fonction serait au moins double : offrir une prestation de diagnostic, d'évaluation, de préconisations thérapeutiques pour des situations complexes, dans des registres pathologiques précis (troubles schizophréniques, troubles bipolaires et autismes d'Asperger), et développer des démarches de recherche et de formation sur les mêmes pathologies, dans la redécouverte d'une démarche « hospitalo-universitaire ». Le déploiement de ces centres fait actuellement l'objet de recherches de financement et n'en est donc qu'à ses débuts. Il est encore trop tôt pour juger de la pertinence de cette offre, qui ne peut s'entendre qu'en ménageant une étroite complémentarité avec les réseaux existants.

Au-delà de la question des positionnements respectifs des structures d'offre de soins psychiatriques, se pose celle de l'intégration de cette offre prise dans son ensemble dans l'offre de soins globale : où doit se situer l'offre de soins psychiatriques ? À quelles logiques institutionnelles doit-elle obéir ? Où et avec qui doivent se réfléchir les évolutions souhaitées ? Dans quel réseau doivent-elles s'insérer ? Qui sont ses partenaires, ses interlocuteurs ?

La question peut s'illustrer immédiatement du débat en cours sur les liens à définir et à respecter entre les différents acteurs impliqués dans les soins sans consentement. Responsables de l'État, juges, municipalités, directeurs d'hôpitaux, médecins psychiatres sont partenaires d'un processus qui doit respecter le droit des patients, la sécurité des personnes, la vérité médicale. Ce partenariat ne peut s'établir qu'en respectant les responsabilités et compétences de chacun de ses acteurs, pour beaucoup étrangers au monde de la santé.

Pareillement, la dimension de l'insertion sociale, fondamentale dans l'apparition et à l'inverse la réduction de la souffrance psychique, le rétablissement du bien-être et de la qualité de vie des patients suppose une attention portée, l'identification d'interlocuteurs, le tissage de liens, la mise en place d'instances de concertation et de décision qui ne seront pas nécessairement compatibles avec les logiques hospitalières

dans lesquelles sont censés s'insérer aujourd'hui les développements des actions de soins psychiatriques. La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », qui a l'ambition de fixer pour longtemps le cadre des élaborations du système de soins et médico-social, a manifestement pris le parti d'insérer la psychiatrie, publique et privée, hospitalière et ambulatoire, dans la globalité et l'indistinction d'une offre déspecifiée. Déjà nombre de dysfonctionnements démontrent qu'à réduire les soins psychiatriques à une prestation de services médicaux protocolisés, on court le danger d'un démantèlement du tissu sectoriel et d'une perte de cohérence dans le suivi et l'efficacité de la prise en charge de personnes, qui ne pourra jamais se réduire à une succession d'actes dispensés au gré d'une actualité symptomatologique. À tout prendre, les solutions préconisées en 2009 par le rapport « Couty » [6], qui imaginait de confier la dimension ambulatoire des suivis à des Groupements Locaux de Coopération, s'affranchissant des logiques institutionnelles hospitalières, et donnant consistance à une véritable insertion des ressources des secteurs dans le tissu humain des territoires, auraient peut-être été moins porteuses de rigidités et auraient probablement pu moins facilement méconnaître certains besoins. C'est ici que la logique très humaine de la priorité implicitement donnée à la défense des institutions existantes, spécialement par ceux qui sont chargés de leur administration, ne doit pas être sous-estimée, et doit faire l'objet de mises en cause régulières. Un outil de cette exigence peut être représenté par ces Conseils Locaux de Santé Mentale, existant déjà en certaines régions, qui peuvent associer tous les partenaires sociétaux évoqués plus haut du système de soins psychiatriques, auxquels doivent se joindre les usagers eux-mêmes, les associations, la police, les pompiers, et qui doivent être régulièrement invités à exprimer leurs attentes et leurs jugements.

Un autre aspect de la psychiatrie publique réside dans l'engagement de bon nombre de ses praticiens dans la pratique d'expertises indispensables au fonctionnement de la Justice, pénale ou civile, du système assurantiel, ou de la protection de l'enfance. Chaque année, la compétence de l'expert est davantage requise pour déterminer si telle pathologie est susceptible d'influer sur les capacités de la personne, son libre-arbitre, son devenir professionnel, sa fiabilité, ou ses capacités dans le registre de la parentalité... La pratique de l'art difficile de l'évaluation clinique, dans un registre rétrospectif ou prédictif, basé sur la seule finesse de l'expérience singulière du praticien, ici dépourvu des indicateurs paracliniques qui, dans d'autres disciplines, viennent à son secours, représente l'une des missions préférentiellement assurées par le système public. Elle converge avec celle des certificats transmis dans le cadre de l'application de la loi présidant aux soins sans

consentement, et illustre la nécessité sociale de l'indépendance des psychiatres. Ces ressources expertales des psychiatres de secteur public ne sauraient être considérées comme une simple activité annexe, n'influençant qu'à la marge la fonction des psychiatres, puisqu'elle est consubstantielle à leur exercice. Sa place doit donc être réservée, préservée, et faire l'objet d'offres volontaristes de formation à l'intention des jeunes générations de psychiatres.

Au total, et pour conclure sur des éléments chiffrés, le système public de soins psychiatriques a pris en charge 289 000 patients en hospitalisation complète en 2009, dont 18 % sans consentement, 149 000 à temps partiel et 1 834 000 patients en file active totale (ATIH, 2009). Le taux de recours moyen est de 27 patients pour 1 000 habitants de plus de 20 ans. Par comparaison, le système privé hospitalier aura en 2009 pris en charge 95 000 patients. Les chiffres de patients ambulatoires en libéral ne peuvent être fournis sur la même base de comparaison, mais on peut estimer qu'ils représentent une file active équivalente à celle du secteur public.

Les soins en psychiatrie de l'enfant

Notre propos ne s'est pas focalisé spécialement sur le système de soins concernant la prise en charge des patients adultes. Il concerne donc aussi, dans ses grandes lignes, la psychiatrie de l'enfant. Mais cette dernière comporte certaines spécificités qu'il n'est pas inutile d'évoquer ici.

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a dû se distinguer, dans ses structures d'accueil, de la psychiatrie d'adultes à la mise en place de la sectorisation. Elle a également souvent dû accomplir un très important effort de désinstitutionalisation, aidé en cela par la mise en place des structures médico-sociales naissantes en application de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Protégée dans ses moyens par le budget global déjà en vigueur, elle a pu alors se redéployer pour tisser des liens avec tous les partenaires de la vie de l'enfant, famille, système éducatif, dispositifs médico-sociaux, souvent portée par le militantisme de ses praticiens. Ces derniers se référaient essentiellement à l'époque à une lecture psychodynamique des troubles, qui faisait alors la démonstration de sa pertinence pour guider l'intervention thérapeutique dans la plupart des situations, où la dimension relationnelle pouvait apparaître comme seule véritablement en cause.

Par la suite, la pédopsychiatrie française connut un bouleversement, qui induisit un changement de paradigme, en partie retardé, parce que

longtemps combattu, par les grandes personnalités de la discipline. Ce bouleversement fut la confrontation à la problématique de l'autisme, dont la pédopsychiatrie fut accusée de négliger les données scientifiques qui venaient corroborer les théories neurogénétiques candidates à son étiopathogénie. On assista alors à une véritable bataille d'idées, qui opposa certaines associations de parents, désireuses de faire adopter par les professionnels des techniques de prise en charge fondées sur une approche éducative, et des stratégies d'apprentissage, et une majorité des pédopsychiatres, toujours attachés à l'approche psychodynamique qu'ils estimaient éclairer davantage la compréhension des troubles [10]. En définitive, issue rarissime dans le champ médical, ce furent les parents qui, en France, imposèrent aux professionnels, par le canal des élus et des directives ministérielles, d'intégrer dans leur conceptualisation et leurs pratiques les outils de diagnostic et les méthodes de prise en charge préconisées par leurs associations très militantes, et, avant elles, un important courant de recherche internationale. Et si aujourd'hui le temps du consensus semble enfin advenu, ce n'est qu'après qu'ont été installées dans chaque région des structures « ressources » dont les missions d'accueil des familles, d'information, de formation, de recherche, d'animation de réseau régional constitue le ferment délibéré d'une inflexion des politiques de soins suivies par les professionnels de la pédopsychiatrie [4].

Nous n'avons souhaité nous attarder sur cet épisode que parce qu'il illustre assez cruellement la fragilité de notre discipline, et peut-être spécialement celle de la pédopsychiatrie, devant la relativité historique des concepts qui en gouvernent l'exercice.

Il y a d'autres spécificités de la pédopsychiatrie au regard de sa place dans le système de soins, et nous ne pourrions que les effleurer : rareté des ressources d'hospitalisation, qui renvoie à la question de sa place dans l'arsenal thérapeutique, dépendance du champ médico-social, impliquant de travailler étroitement avec lui, importance des décisions d'orientation des Maisons Départementales des Personnes Handicapées, importance des interventions de protection de l'enfance, incidence de la question de l'adoption, de celle des capacités parentales, des capacités éducatives, de l'accueil des enfants souffrant de troubles psychiques dans le milieu ordinaire de l'éducation, etc.

Comme en psychiatrie d'adultes et pour d'autres raisons, si la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent démontre tous les jours son caractère essentiel dans le fonctionnement social, elle manque cruellement d'une refondation au regard de son cadre d'intervention, de la question de sa priorité sur d'autres mesures de prise en charge, et de recommandations de pratiques, définissant notamment les moyens minimaux dont devrait disposer tout territoire, et leurs indications de recours.

Le système libéral

La psychiatrie est probablement la discipline médicale où la différence entre les besoins auxquels répond l'offre de soins libérale et ceux auxquels répond le système public est la plus marquée. Cette différence ne repose d'ailleurs pas nécessairement sur une mesure de la pathologie, mais sur son contexte social, son retentissement relationnel, ou la conscience du trouble et ses conséquences en termes d'adhésion aux soins. Par définition, la psychiatrie libérale s'adresse à ceux qui formulent une demande de soins, ce qui aura plusieurs effets, sur différentes populations qui auraient été susceptibles d'y avoir recours. La première conséquence sera de sélectionner, sinon d'exclure la population qui aurait besoin de soins sans toujours s'en rendre compte ou les accepter. Il peut soit s'agir de personnes dont la pathologie génère une certaine anosognosie, ou une moindre confiance dans les ressources thérapeutiques, ou encore ne souhaitant pas se situer vis-à-vis de leur propre subjectivité dans cette sorte d'ouverture bienveillante qui permet l'interrogation sur soi-même, et la mobilisation pour mieux se porter : troubles psychotiques, dépressions, personnalités limites où le symptôme est agi plutôt qu'il n'est identifié, considéré et élaboré. L'offre de soins libérale a, conjointement, cet avantage et cet inconvénient de requérir l'engagement du patient dans une démarche volontaire, de supposer son attente du changement, de le mettre au pied du mur de son désir d'entrer dans un travail subjectif dont il ne pourra forcément supposer ni les conditions, ni le résultat. Pour ceux qui accepteront de s'y lancer, beaucoup de préalables seront acquis d'emblée et de temps gagné. Mais pour ceux qui ne pourront l'envisager, cette condition sera un obstacle rédhibitoire et sans doute durable. Pour autant, il ne sera pas fatalement définitif. Et souvent, il sera constaté qu'après un temps de soins contraints, ou chaotiques, ou lourds, un travail plus singulier pourra s'amorcer, ce qui signifiera toujours le franchissement d'une étape, dans le sens d'un cheminement intime et constructif. Mais en tout état de cause, il en résultera un profil particulier de patientèle, où certaines pathologies seront absentes, alors qu'elles pourraient en théorie y avoir accès, et d'autres surreprésentées.

La deuxième conséquence sera de fonder l'acte de recours aux soins sur la seule demande sans qu'il soit toujours possible d'en inférer l'existence d'un véritable besoin, pour autant que cette notion ne soit pas définitivement contestable [11]. Or, si la demande peut être interprétée comme l'indice d'un engagement personnel et responsable dans une démarche de mobilisation vers un « rétablissement », elle ne préjuge pas de son authenticité, du sérieux de ce qui la motive, de sa nécessité au regard des critères qui définissent habituellement en médecine le

bien-fondé du soin. Dans la relation intersubjective qui constitue le plus souvent l'outil prévalent du psychiatre libéral – s'il veut bien ne pas s'en remettre trop exclusivement aux lectures psychopharmacologiques du trouble – il n'existe pas, il ne peut exister de procédure de validation externe. L'insistance de la demande, la dépendance affective, ou la richesse de l'expression symptomatique, peuvent générer, pour lui, une situation d'obligation. Il en résultera, pour une proportion non négligeable de professionnels, une pratique particulière. À une certaine époque, cette pratique pouvait ne pas susciter la critique, mais aujourd'hui elle éveille indiscutablement des interrogations au regard de la santé publique, de l'évolution de la demande et des besoins exprimés, et des contraintes budgétaires. Les psychiatres par exemple qui ont été à une époque nombreux à faire le choix de la pratique psychothérapique d'inspiration analytique et n'ont pu prendre en charge, souvent sur d'assez longues périodes, que des files actives très réduites, ont contribué dans certains endroits à réduire l'offre de soins, et à accentuer le caractère inexplicable des disparités de délais d'accès, et donc de qualité de réponse.

La démographie des psychiatres libéraux est en effet particulièrement déséquilibrée selon les régions, le gradient Nord/Sud, et le caractère urbain ou non des départements. En 2010, 3 470 psychiatres d'exercice libéral exclusif étaient recensés par le Conseil National de L'Ordre, et 2 043 d'exercice mixte, contre 6 542 salariés. En moyenne, on comptait au total 15,5 psychiatres pour 100 000 habitants, avec des extrêmes de 6,7 psychiatres pour 100 000 (Eure-et-Loire), et de 82,3 à Paris. Ces disparités, et surtout leur absence durable de correction, renvoient à la question du rôle social de la psychiatrie libérale. Dès lors que des régions entières semblent pouvoir s'en passer, son utilité doit-elle être reconsidérée ? La solvabilisation par la Sécurité sociale des soins dispensés dans ce cadre doit-elle être remise en cause si on constate que certains praticiens ont pu tirer de leur exercice des revenus professionnels suffisants sur une faible base de recrutement, et spécialement dans les régions géographiquement attractives ?

Ne serait-il pas judicieux d'objectiver les pratiques effectivement mises en œuvre, dont certaines ont pu s'orienter vers des fonctions de psychanalyse, de conseil, de coaching, de soutien dans les registres de la vie personnelle, professionnelle, ou relationnelle, et se demander si ces pratiques doivent être considérées par l'assurance maladie au même titre que celles qui s'adressent aux personnes présentant une pathologie caractérisée, et induisant une importante souffrance psychique ? Certes, la nature des actions de soins et des pathologies traitées a évolué au fil du temps. La pression de la demande, consécutive à une certaine popularisation de la fonction sociale de la psychiatrie a ouvert

considérablement, comme en psychiatrie publique, les caractéristiques sociodémographiques et diagnostiques de la patientèle. Mais les hétérogénéités démographiques ne se sont pas corrigées, du fait d'une part de la minceur des promotions de psychiatres formés depuis les années 1990, et d'autre part de l'attractivité supérieure du secteur public constatée pour les jeunes générations⁸.

Les perspectives d'évolution

Nous en dégagerons trois principales.

Tout d'abord, il faudra inéluctablement arriver à une répartition plus équitable des moyens. Les dernières approches législatives de cette question, examinée régulièrement depuis les années 1990, n'ont retenu que des mesures incitatives. Il y a fort à parier que progressivement des mesures régulatrices seront mises en œuvre, appuyées sur des dispositions clairement plus contraignantes. Celles-ci existent déjà pour nombre de professions libérales (notaires, pharmaciens), il ne serait pas illogique qu'elles existent pour les médecins libéraux. Encore faudrait-il qu'elles respectent l'objectif de permettre un choix du patient, qui ne doit jamais se trouver en situation de recours forcé à un praticien, et qu'elles n'aient pas pour effet de décourager les jeunes médecins d'adopter un mode d'exercice qui aurait encore moins d'attraits qu'auparavant. On a en effet dans notre pays souvent pu déplorer les effets pervers de dispositions élaborées avec les meilleures intentions, et qui, ne se déclinant que de manière bureaucratique, aboutissaient à l'inverse des objectifs recherchés. En cette matière, beaucoup est affaire de psychologie, et il sera essentiel d'écouter d'abord les motivations prioritaires des intéressés avant de prendre des décisions qui pourraient être ressenties par eux comme motivées par un certain esprit de revanche, qui n'est pas toujours absent des messages envoyés par les pouvoirs publics.

Cette répartition plus équitable des professionnels libéraux devrait aussi, pour être mieux acceptée, s'accompagner d'un changement de paradigme quant à l'objectif des soins. En psychiatrie libérale davantage qu'en médecine somatique, pour des raisons esquissées plus haut, le concept de réponse aux besoins de santé n'a pas encore supplanté celui de réponse à la demande de soins. *A priori*, toute demande justifie le soin, car elle représente l'indice sincère d'une souffrance jamais moins légitime qu'une autre, à défaut d'être jugée à l'aune d'autres critères que ceux d'une subjectivité érigée en unique raison. Or, si un

8. Atlas 2010, Conseil National de l'Ordre des Médecins.

impératif de répartition raisonnable est énoncé, ou à tout le moins de moindre disparité, il faudra également énoncer une priorité de réponse à des besoins de soins, en réponse à des problèmes de santé présents de la même façon en tous points du territoire. La santé publique devra donc faire irruption dans la mission confiée à la psychiatrie libérale. Comment ? La question est trop vaste pour esquisser des réponses, mais il est clair que ce chantier est à ouvrir sans tarder.

Enfin, pour aller jusqu'au terme de la logique, il sera, pourquoi pas, à réfléchir l'implication des professionnels libéraux dans la prise en charge des personnes nécessitant des soins sans consentement. Les modifications apportées à la loi du 27 juin 1990 se seront alors imposées dans les pratiques, avec, inévitablement, la prise en compte de besoins de soins sans consentement ambulatoires. Ce cadre nouveau ne sera pas le moindre des bouleversements dans la relation contractuelle qui définit, en France, la base de la relation médecin/malade. La pratique des soins sans consentement en psychiatrie publique montre toutefois qu'elle n'interdit pas, in fine, une relation de confiance, le choix du praticien sur le suivi au long cours, et la notion d'engagement dans une mobilisation personnelle qui ouvre sur le rétablissement. Mais elle constituera, à n'en pas douter, un considérable changement de culture pour les psychiatres libéraux.

Le champ médico-social en psychiatrie

Les pathologies psychiatriques, même les plus aiguës, ont souvent la particularité de s'ancrer dans une fragilité qui s'exprimera par leur récurrence. Elles vont donc fréquemment entraîner une dégradation du niveau fonctionnel, qu'il soit social, professionnel, relationnel, affectif. Cette dégradation, souvent durable, est constitutive de ce qu'il est, depuis la loi du 11 février 2005 [18], convenu d'appeler les « situations de handicap psychique ». Dans la philosophie qui a présidé à l'élaboration de cette loi, il est en effet à souligner que le handicap est désigné comme une « situation », relative à la rencontre d'un problème de santé (une déficience selon la terminologie de Philip Wood [22]), et d'un contexte qui ne permet pas que les difficultés qui en résultent dans l'accomplissement des « activités domestiques, sociales et citoyennes » soient compensées par l'adaptation du sujet, l'entourage naturel, ou des aides techniques. Cette approche permet effectivement que soient intégrées dans la prise en compte des situations à évaluer et compenser celles qui sont induites par les pathologies psychiatriques.

Or, la loi fait désormais droit aux personnes qui se trouvent, de par leurs problèmes de santé, dans cette situation de « désavantage social »,

de bénéficier de diverses mesures de compensation, financière ou concrète, d'orientation, et d'aides dans la mise en œuvre d'un « projet de vie ».

L'application de la loi d'orientation précédente du 30 juin 1975, en faveur des personnes handicapées n'avait jusqu'alors pas permis que puissent être envisagées avec finesse les réalités induites par la pathologie psychiatrique. La conception du handicap qu'elle portait était sous-tendue par l'idée d'une situation consolidée, stable, et mesurable. Il s'agissait alors de construire le système médico-social français, et l'esprit était celui d'un effort quantitatif, pour répondre aux importants besoins des personnes handicapées et de leurs familles, sur lesquelles l'effort de prise en charge au quotidien reposait alors en majeure partie. Les objectifs étaient alors davantage ceux d'une orientation vers des dispositifs médico-sociaux qui impliquaient souvent des séjours en institution, une priorité donnée aux approches éducatives, et, parallèlement, un certain fatalisme thérapeutique. L'applicabilité de ces logiques aux situations liées aux pathologies psychiques était discutable, et contre ces conceptions les psychiatres s'étaient insurgés à la promulgation de la loi, allant jusqu'à déposer des recours en Conseil d'État [2]. Il faut ajouter que les psychiatres se référaient à l'époque majoritairement à une grille de lecture psychodynamique de la pathologie, et qu'y compris pour les affections psychotiques, l'espoir en un changement reposait sur des approches relationnelles qui paraissaient incompatibles avec les logiques d'orientation en établissement et d'indemnisation résignée du handicap.

On doit l'évolution des conceptions qui préside aujourd'hui à une mise en synergie plus fructueuse des modalités complémentaires de prise en charge sanitaire et médico-sociale des personnes souffrant de troubles psychiques à plusieurs facteurs :

- l'émergence de la clinique de la cognition [9], qui fait l'objet aujourd'hui de données très convergentes invitant à prendre en compte son impact dans les domaines fonctionnel, donc de l'adaptation sociale, donc de la part réactionnelle de la symptomatologie, donc de la dépendance au système de soins, et, partant, du taux de réhospitalisation ;
- la réflexion collective sur la nature, et les outils d'évaluation du « handicap psychique », dont il apparaît qu'il ne serait pas si fluctuant et imprévisible qu'il pourrait sembler, si l'on prend en compte, selon le modèle « stress/vulnérabilité » développé par l'école de Liberman [15], tous les événements potentiellement protecteurs ou au contraire déstabilisants qui peuvent affecter le patient ;
- l'influence des organisations représentatives de patients et de familles, qui accordent naturellement une importance déterminante,

à côté de la question de l'accès aux soins, en particulier en urgence, à la question des conditions concrètes de vie des patients. Dans ce registre, il faut mentionner l'influence du « Livre Blanc » de l'UNAFAM et partenaires (2001), du rapport « Charzat » (2002) [3], de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui fait désormais dépendre les solutions à construire de l'évaluation des besoins des personnes, du plan de santé mentale de 2005, et de la création des Agences Régionales de Santé dont on espère qu'elles contribueront au décloisonnement effectif des secteurs sanitaire et médico-social pour que se développent des initiatives coordonnées en faveur des personnes en situation de handicap psychique ;

- l'émergence du courant de réhabilitation psychosociale [14] qui peut être considéré comme le « chaînon manquant » entre le soin de santé et la recherche de solutions médico-sociales : dans un parcours de réinsertion, dont on sait que la réussite influera sur l'acuité de la pathologie, les stratégies de réentraînement peuvent constituer une première étape de reconquête des habiletés fonctionnelles, permettant à la fois une évaluation réaliste de ces dernières, et de s'assurer que les dispositions retenues dans le champ de la compensation de la situation de handicap n'invalideront pas les démarches thérapeutiques entreprises.

Ainsi, la prise en charge médico-sociale peut-elle devenir aujourd'hui l'alliée des soins de santé. Depuis quelques années, et spécialement depuis la loi de 2005, s'amorce un rapprochement, à la satisfaction des usagers, entre les acteurs du système de soins et ceux du secteur médico-social, succédant à des décennies de méconnaissance.

Dans le champ de la réflexion, des fédérations associatives, telles « Galaxie », dans le domaine de la recherche, et « Agapsy » dans le domaine de la gestion d'établissements consacrés aux personnes souffrant de troubles psychiatriques, jouent aujourd'hui un rôle d'interface entre les préoccupations des professionnels du soin et les acteurs du médico-social, investis dans l'élaboration de dispositifs dédiés et innovants.

Sur le plan pratique, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées instituées par la loi de 2005 constituent l'instance où s'effectue le travail d'évaluation, de recueil des informations médicales, sociales, et personnelles dont l'instruction par les équipes pluridisciplinaires et les décisions produites par les Commissions des Droits et de l'Autonomie déboucheront sur la mise en œuvre des solutions individuelles préconisées pour les personnes.

La reconnaissance des situations de handicap psychique a permis que soient envisagées toute une série de formules, soit spécifiques, soit communes à l'ensemble des situations de handicap mais pouvant être

aménagées en fonction de la spécificité des problématiques de santé mentale. Ces formules prennent appui, ou s'intéressent aux différentes dimensions de la limitation d'accès aux activités « domestiques, sociales, et citoyennes », soit pour aider la personne à y accéder, soit pour compenser son impossibilité à s'y réaliser.

C'est ainsi que les domaines du travail, du logement, de la gestion de la vie quotidienne, des loisirs, de l'accès aux soins psychiques et somatiques, etc. constituent ou ont vocation à constituer les champs sur lesquels un travail de réhabilitation et de réinsertion qui associe les intervenants du champ sanitaire et du champ médico-social pourra être mené.

Parmi les formules ayant fait émerger une certaine spécificité d'approche pour les malades psychiques, on peut noter les équipes d'aide à l'insertion en milieu ordinaire de travail, les ESAT spécialisés, notamment les « ESAT hors les murs », les « résidences accueil » sur le plan du logement, les SAMSAH (Services d'Aide Médico-Sociale aux Adultes Handicapés) pour la gestion de la vie quotidienne et l'accès aux soins, les GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle) pour l'accès aux loisirs et à une citoyenneté, etc. Chacune de ces formules bénéficie d'un régime particulier de financement, qui varie selon que leurs autorisation et attribution dépendent directement de l'État, des ARS, ou des Conseils Généraux. Leur intervention au bénéfice d'une personne reconnue en situation de handicap doit être articulée à son « projet de vie » tel qu'elle l'exprime auprès de la MDPH.

Il restera probablement à mettre en œuvre, probablement à l'échelon régional, des dispositifs de type « Centres Ressources » pour approfondir les situations complexes, faire avancer la recherche et la formation dans le domaine de l'évaluation du handicap psychique et des processus à mettre en œuvre, élaborer des solutions de soutien à l'insertion, évaluer les pratiques, proposer aux personnes et à leurs familles une prestation de conseil, d'orientation, de suivi dans la proximité afin que se développent en tous points du territoire, à l'instar de ce qui s'est démultiplié à partir des Centres Ressources Autisme, des pratiques de réhabilitation et d'insertion efficaces.

Psychiatrie et santé mentale

Ce tour d'horizon du système de soins psychiatriques français ne serait pas complet sans que soit évoquée la problématique de délimitation de son champ, entre « psychiatrie » et « santé mentale ». Dans les années 1990 en effet, un vif débat s'est engagé entre professionnels sur la question de savoir s'ils devaient limiter leurs interventions

au cadre de la pathologie caractérisée qui était leur mission historique, ou s'il était de leur rôle de s'intéresser également à des réalités dites de santé publique, mais s'exprimant dans le champ de la subjectivité, et inscrites dans les réalités sociales. Étaient ainsi désignées des manifestations telles que la souffrance psychique liées à la précarité, ou aux conditions de travail, les conduites à risque telles que les mises en danger dans le cadre de la conduite automobile ou du travail, les addictions entendues comme un phénomène collectif, certains recours à la violence, les comportements suicidaires, etc. Ces manifestations étaient alors pour certains psychiatres à renvoyer à l'évolution de la société qui devait être interpellée par l'intermédiaire de ses responsables, et devaient davantage faire l'objet d'une analyse sociologique et systémique que d'une lecture clinique. Elles devaient être envisagées sous l'angle de la prévention et ne pouvaient être traitées avec les outils du soin aux pathologies psychiatriques établies, lesquelles ne devaient pas pâtir d'un détournement de l'attention de la société à leur profit.

Ce débat s'est finalement estompé, pour qu'émerge implicitement un consensus : les maux de la société, sans nécessairement être du ressort de l'intervention des psychiatres pouvaient bénéficier, pour leur décryptage, de leur expertise. Les personnes qui pouvaient être les plus vulnérables à ces phénomènes de « mal-être » étaient souvent, si l'on s'attachait à la clinique qu'elles présentaient, celles dont la personnalité souvent « limite » pouvait répondre aux critères d'un trouble. Et les démarches thérapeutiques reconnues pouvaient fort bien montrer leur pertinence dans leur prise en charge. En somme, les réalités sociales pouvaient être considérées comme des facteurs de risque de décompensation individuelle, et aucune approche ne devait être refusée.

Pour autant, dans les faits, et sans doute principalement faute de moyens, ce champ est resté peu investi des équipes de soins. Il est vrai que le concept, et les pesanteurs de fonctionnement du secteur psychiatrique, outre son manque réel de ressources, ne favorisent pas la mise en œuvre d'interventions qui devraient nécessairement être transversales, très articulées aux acteurs sociaux, à l'écoute des besoins non pourvus, et sous-tendues par des stratégies globales de santé publique. Notons toutefois les initiatives prises par certaines associations dans la prévention des risques dits « psycho-sociaux », financées jusqu'à la création des ARS par les Groupements Régionaux de Santé Publique créés par la loi de santé publique de 2004 [17] et présidés par les Préfets de Région. Ces initiatives ont été prises en milieu professionnel ou scolaire, ou dans le domaine de la prévention du suicide, notamment chez les jeunes, ou dans les établissements pour peine, ou de la prévention des conduites à risque, notamment d'alcoolisation. Notons

également l'activité des « équipes mobiles », déployées par le plan de santé mentale 2005/2008, dans le champ de la précarité sociale, s'adressant en priorité aux personnes sans domicile fixe, et leur proposant un accompagnement pour accéder à des soins dont elles sont très peu spontanément demandeuses, par déstructuration de leurs conduites de (sur)vie et de leur estime de soi. Cette activité auprès des personnes désinsérées fait désormais l'objet d'un retour d'expérience suffisant pour qu'en soit assise la légitimité.

Au total, cette question des champs respectifs de la psychiatrie et de la santé mentale a surtout permis que soit ouverte la problématique plus générale du rôle sociétal des professionnels de la santé mentale, dont tout montre aujourd'hui que leur compétence est attendue en de multiples lieux.

Nous venons donc d'en traiter les espaces d'action. Il est juste d'en mentionner également la dimension culturelle, qu'il suffit d'ouvrir un journal ou d'écouter une émission télévisée pour reconnaître, dans la fonction stimulante d'invitation à la prise de recul, et à l'interrogation du sens des comportements humains. Il ne suffit certes pas d'être professionnel du psychisme pour apporter à ses concitoyens les moyens de la lucidité, et l'information pour ne pas se fourvoyer sur les chemins de l'existence. Mais réalisons qu'aujourd'hui leur expertise est si souvent sollicitée qu'il serait, pour la société, difficilement imaginable de s'en passer. Prenons-le comme un hommage à ce qui a été construit par eux, depuis 50 ans, et en grande partie bâti sur le socle des pratiques de soins. Ces dernières doivent continuer d'évoluer, entre réponse aux besoins fondamentaux liés à la pathologie psychiatrique, et recherche par tous du meilleur chemin personnel, en perpétuel et fécond déséquilibre.

Références

1. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S *et al.* (2004) Use of mental health services in Europe: results from european study of the Epidemiology of mental disorders (ESEMEd) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 420: 47-54.
2. Ayme J (1995) *Chroniques de la psychiatrie publique, à travers l'histoire d'un syndicat.* Toulouse : Erès.
3. Charzat M (2002) Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.
4. Circulaire DGAS/DGS/DHOS/3C no 2005-124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et de troubles envahissants du développement (TED).
5. Coldefy M (2007) *La prise en charge de la Santé Mentale – Recueil d'études statistiques.* La Documentation Française.

6. Couty E (2009) Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie – Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports.
7. Giordana JY (2010) La stigmatisation en santé mentale. Rapport au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, ouvrage collaboratif. Paris : Masson.
8. Goffman E (1979) Asiles - Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus (1961). Traduction de L. et C. Lainé, présenté par R. Castel. Paris : Éditions de Minuit.
9. Harvey PD, Sharma T (2003) Comprendre et traiter la cognition dans la schizophrénie. Traduction de J. Dalery et M. Saoud. Martin Dunitiz.
10. Hochmann J (2009) La Bataille de l'autisme – Réflexions sur un phénomène social contemporain. *Psychiatr Sci Hum Neurosci* 7: 99-111.
11. Kovess V (2001) Planification et évaluation des besoins en santé mentale. Paris : Flammarion.
12. Leguay D (2003) Quelles sont les approches thérapeutiques les plus appropriées pour faciliter l'alliance thérapeutique dans le cadre des schizophrénies à leur début ? In : « Schizophrénies débutantes : diagnostics et modalités thérapeutiques » Fédération Française de Psychiatrie. Conférence de Consensus 23 et 24 janvier 2003. Montrouge : John Libbey Eurotext.
13. Leguay D (2002) Le Système de Soins Psychiatriques Français. Paris : MF Éditions.
14. Leguay D, Giraud-Baro E, Lievre B *et al.* (2008) Le Manifeste de Reh@b' : propositions pour une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques chroniques et invalidants. *L'Information Psychiatrique* 84 : 885-93.
15. Liberman RP (1991) Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques. (Traduction de F. Lelord) Paris : Masson.
16. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique. *Journal Officiel* du 1^{er} janvier 1986.
17. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. *Journal Officiel* du 10 août 2004.
18. Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005. *Journal Officiel* du 12 février 2005.
19. Loi n° 2009-879 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé, et aux Territoires du 21 juillet 2009.
20. « Rapport sur la Santé dans le Monde, 2001 : La Santé Mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs. » Organisation Mondiale de la Santé.
21. Roelandt JL, Desmons P (2002) Manuel de psychiatrie citoyenne : L'Avenir d'une désillusion. Paris : Éditions In Press.
22. Wood PH (1980) Appreciating the consequences of disease: the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *World Health Organization Chron* 34: 376-80.

Rachel BOCHER et Édouard COUTY

La psychiatrie, discipline où la relation entre le soignant et le soigné prend une importance singulière et un sens particulier, est paradoxalement interpellée et concernée par tous les problèmes de la vie en société. Elle conserve, contrairement à la plupart des disciplines du champ somatique, une part de mystère qui laisse place dans le regard de chacun à la crainte ou aux fantasmes. Elle occupe dans la société une place particulière qui la relie étroitement au corps social sans renoncer à sa vocation de prise en charge spécifique de la personne malade. Elle est confrontée à la double préoccupation de la prise en charge personnalisée dans laquelle s'épanouit la relation unique entre le thérapeute et le patient et celle de la nécessité d'intégrer dans le même temps les problèmes sociaux de la vie collective qui émergent dans l'environnement de cet exercice. De ce fait, la psychiatrie est certainement la seule discipline médicale sur laquelle pèse une forte demande de prise en charge médicale associée à des considérations sociales.

Si la psychiatrie est une discipline médicale, la santé mentale est une question de santé publique ; si la psychiatrie est l'affaire des psychiatres et de leurs équipes, la santé mentale est aussi l'affaire de la politique de santé publique, c'est-à-dire l'affaire de la cité et celle bien entendu de la collectivité.

Par commodité, par défaut, par négligence, quelle qu'en soit la raison, la psychiatrie a progressivement du prendre en charge depuis les années 1960, les questions de santé mentale, c'est-à-dire, outre les soins, la prévention, le suivi, la réadaptation et la réinsertion sociale. La « gestion » des déterminants de santé mentale liés à l'environnement social, familial, ou celle des facteurs de réinsertion sociale (logement, emploi, formation, culture) est confiée à la psychiatrie alors que tout cela devrait concerner également d'autres acteurs du champ sanitaire, médico-social et social.

Rachel BOCHER ✉

Psychiatre des Hôpitaux
Chef de pôle CHU de Nantes, 44093 Nantes

Édouard COUTY ✉

Conseiller Maître à la Cour des Comptes
Ancien Directeur des Hôpitaux (DHOS)

La psychiatrie nécessairement concernée par les questions de santé mentale ne peut, à elle seule, répondre à l'ensemble des sollicitations qui intéressent plusieurs acteurs dans des disciplines et des champs différents.

Cependant, et pour des raisons liées souvent à l'actualité des faits divers, la psychiatrie prend une place toujours importante en santé publique... Dans le même temps, la séparation entre la santé publique – en tant que discipline scientifique – et les autres spécialités de la médecine a eu des conséquences négatives. Il revient pourtant en premier lieu aux psychiatres d'attacher suffisamment d'importance à la santé publique pour initier le changement nécessaire d'approche, et favoriser le lien par la réciprocité d'intérêts dont prioritairement celui des malades ; les spécialistes en santé publique ne peuvent plus douter de la nécessité de comprendre les patients avant d'entreprendre. Toutes les réalités humaines, scientifiques, économiques et politiques doivent être lues suivant ce versus.

Les cliniciens attachent davantage d'importance au consultant qu'à la cohorte de patients souffrant des mêmes symptômes ; de même, les spécialistes en santé publique s'intéressent trop exclusivement aux pathologies les plus fréquentes, qu'aux symptomatologies atypiques d'une maladie rare qui reste d'un intérêt inégalé pour le clinicien. Le nombre de médecins qui pratiquent les deux approches est malheureusement trop limité ; et pourtant, à l'évidence, ce sont les mieux armés pour se porter à la défense de la santé mentale et de la psychiatrie auprès des pouvoirs publics.

Pour les raisons sociales, politiques et historiques évoquées ci-dessus, il est temps d'accorder une place plus importante à la double approche clinique/santé publique :

- parce que les grands problèmes de santé publique intéressent la psychiatrie (adolescents, suicide, personnes âgées...) ;
- parce que la psychiatrie est directement concernée par la santé publique – autant voire davantage que les autres disciplines, pour des raisons tenant à son organisation comme à la qualité de ses personnels soignants spécialisés ;
- et enfin pour favoriser les formations initiales et continues, et dynamiser la recherche.

Toutes les estimations disponibles à ce jour conduisent à la même conclusion : selon l'OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités. En médecine générale, elles se situent au deuxième rang derrière les maladies cardio-vasculaires. Elles affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère à la prévalence sur la vie entière. L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix

pathologies les plus préoccupantes pour le *xxi*^e siècle (schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif). Toutes les estimations indiquent que ce bilan devrait s'alourdir à l'horizon 2020, avec une augmentation de 50 % de la contribution des maladies mentales si des mesures ne sont pas prises rapidement. En France, les troubles psychiatriques sont responsables de 12 000 morts par suicide, chaque année, auxquels s'ajoute la surmortalité non suicidaire (accidentelle, consommation d'alcool, de tabac et de drogue). Les études épidémiologiques menées comparativement dans plusieurs pays européens montrent que la prévalence des différentes pathologies psychiatriques est relativement élevée en France. La loi de programmation en santé publique prend en compte cette réalité en définissant plusieurs grands objectifs de santé publique dans le domaine des maladies psychiatriques. La loi du 11 février 2005 – qui a reconnu dans la définition du handicap, le handicap psychique – rend impérative une collaboration étroite entre tous les acteurs de la santé mentale, les professionnels de santé, ceux des champs social et médico-social, les malades et leurs familles. Deux plans successifs ministériels ont vu le jour, celui de 2002 et celui couvrant la période 2005-2008. Ces plans ont accompagné les évolutions de l'offre de soins en psychiatrie. Enfin, la conférence européenne « Ensemble pour la santé mentale et le bien-être » qui s'est tenue le 13 juin 2008 a établi le « Pacte européen pour la Santé mentale » auquel la France a souscrit. Le retentissement financier s'avère direct pour la collectivité mais aussi indirect par les pertes de revenus et les charges induites, en coûts de désinsertion : reportons-nous, par exemple, à la proportion de tiers des SDF touchés par la souffrance psychopathologique.

Face à ces constats, il est de notre responsabilité de contribuer à insérer la psychiatrie au cœur de la santé publique, à nouer les relations indispensables à la cohérence de la réponse que nous devons apporter collectivement, sans exclusive.

Corrélativement, il est indispensable que cette double approche « psychiatrie et santé publique » reflète l'exacte place du psychiatre, à l'interface du politique et du technique, du collectif par rapport au groupe social et de la personne par rapport à l'être souffrant et désirant.

À cette interface « politique et technique » se situe notre réflexion issue de nos engagements, bien au-delà des choix initiaux, des pratiques et des écoles, dans une démarche de santé mentale inscrite durablement au cœur du débat politique.

La santé mentale, volet important de toute politique de santé publique, est l'affaire de tous, déterminée par de multiples facteurs socio-économiques qui dépassent largement la qualité d'organisation du dispositif des soins psychiatriques. Au-delà de l'organisation de la

psychiatrie, la question de la santé mentale est une question politique et sociale qui doit s'intégrer naturellement dans le débat public. La question de la santé mentale ne peut se résumer au seul aspect sécuritaire qui émerge aujourd'hui à la faveur de drames traumatisants et fortement médiatisés.

Depuis le début du XIX^e siècle, la définition même de la psychiatrie fait l'objet de nombreux essais. « Les avatars de la normalité souffrante » ne font pourtant pas l'objet – pas encore – d'enveloppes spécifiques psychiatrie et santé mentale... « Il n'y a pas de solutions vraies ou fausses... il n'y a que des questions fécondes » : nous dit Norbert Helias. Ces questions nous obligent à voir les choses en face, à prendre de la distance avec l'histoire et la culture de la psychiatrie française et de faire évoluer l'enseignement, la recherche, pour de nouvelles pratiques face aux nouveaux défis.

Actions de santé mentale : les problèmes de la santé publique intéressent la psychiatrie

Les nouvelles actions en santé mentale vont dans le sens de l'émergence des nouveaux besoins, tant ceux liés à une psychiatrie hors les murs que ceux liés à une société en quête de nouveaux repères. La relativisation des valeurs et des normes sociales certes libère l'individu mais au prix fort de la fragilisation. L'accroissement des troubles « narcissiques » l'augmentation des conduites à risques, la reconnaissance des conduites addictives en sont autant de révélateurs.

Spécifier des groupes n'est pas une solution, désigner comme déviants ou à risque des fractions de la société ne témoigne pas de sa capacité de solidarité. De même, le transfert des compétences à des opérateurs de santé mentale n'est pas simple, y compris en cas des transferts économiques y afférents.

Alors les groupes à risques (adolescent en crise, exclus, suicidants...) sont-ils du domaine de la psychiatrie ?

La santé mentale ne se décrète pas... Elle est en articulation avec un champ ouvert sur d'autres disciplines du secteur médical, du secteur social, de l'anthropologie. Efficience de la psychiatrie : cette question reste ouverte : jusqu'où la psychiatrie peut elle soigner... Peut-elle accepter d'être interpellée sans cesse, convoquée à tout instant, au cœur d'enjeux qui la dépasse ? Son agrément à ces sollicitations signerait à bref délai un retrait du sens de son action initiale, de son objet d'étude.

De nos jours, tout le monde se dit « en souffrance » à toutes occasions, parfois pour tout et pour n'importe quoi. Cette utilisation abusive

conduit inévitablement à un effet délétère en parant la douleur d'un halo romantique. On pourrait envisager une société aseptisée. Ce ne serait que caricature de notre pensée. À l'inverse, il convient d'organiser le débat sur le rôle, la place et l'action de nos pratiques : la liberté se gère, la responsabilité s'impose. Voilà ce qui nous conduit à convoquer notre objectif principal : réinstaller la confiance et prendre en compte les problématiques spécifiques. L'urgence n'est pas de réinventer ce qui est.

L'adolescent en crise

L'adolescence n'est pas obligatoirement violente ou douloureuse. Il n'y a pas de modèle unique. Les références théoriques éclatent. L'adolescent est resté longtemps un sujet d'intérêt secondaire par le clivage entre soins somatiques et soins psychiques entre les professionnels de santé.

Les adolescents ne sont pas des extraterrestres. Dans leur grande majorité, ils vont même mieux aujourd'hui qu'hier car la société offre davantage d'écoute, de disponibilités d'expression et de portes de réussite (baromètre Santé Jeunes 2008). En revanche, ils confirment aussi leur quête de plaisir qu'ils conjuguent avec de fréquentes prises de risques. Leur anxiété, leur dépression n'excusent pas le recours aux toxiques. Il est juste la seule réponse à leur portée qu'ils trouvent pour faire face à la gestion du stress et aux échecs secondaires, aux préoccupations affectives et scolaires. La voie de notre effort est tracée.

Ces dix dernières années, les problèmes spécifiques des conduites addictives chez les jeunes sont la banalisation, l'accroissement des polyconsommations et l'arrivée de substances nouvelles tel que le crack, les drogues synthétiques. La consommation de cannabis a doublé en 6 ans avec un usage quasi quotidien pour 10 % des garçons et le risque de déclenchement de troubles psychotiques ou cognitifs. Derrière les maux de l'adolescent se cachent les angoisses de la performance, l'angoisse d'abandon et la tyrannie des choix de l'autonomie naissante...

Plus les jeunes demandent, moins ils acceptent de recevoir...

Face à la souffrance psychique de l'adolescent, nul n'est prophète. Aucun professionnel n'est compétent seul. C'est à un chantier national de promotion de la santé du jeune qu'il faut ouvrir et qui n'est pas seulement une affaire de spécialiste mais de transmission entre générations. Quelques chiffres ; le suicide est la 2^e cause médicale, sous-déclarée, 200 000 adolescents ont reçu des soins en psychiatrie, la consommation de toxiques est de 10 % pour les opiacés, 30 % pour l'alcool et 62 % pour le tabac.

Les exclus, les SDF...

Plus le patient est alcoolo-dépendant, plus sa situation de précarité dans les structures d'accueil ira en grandissant. Le cercle vicieux précarité, addiction, troubles mentaux est malheureusement auto entretenu. Les personnes en situation de précarité sont confrontées à un inévitable effet de rattrapage de soins malgré l'injuste soupçon d'abus qui pèse sur elles. Plus de 1,5 millions de personnes bénéficient de la CMU, plus de 4,6 millions de personnes de la CMU complémentaire.

Le surcoût lié à la précarité est bien réel. La DMS est supérieure en raison des polyopathologies et des facteurs psycho-sociaux. De plus, les problématiques d'isolement et des difficultés d'habitat accentuent ce phénomène.

L'accès au soin pour tous est un devoir pour la démocratie, un droit pour les citoyens.

Le vieillissement

Le vieillissement n'est pas une maladie. Néanmoins, il existe de puissants facteurs de risques et d'affections psychiatriques, notamment la dépression sévère et les tentatives de suicide.

Rappelons que la population des plus de 75 ans a été multipliée par 3 en 100 ans, et celle des plus de 85 ans a été multipliée par 7 en 10 ans. En 2050, un tiers de la population aura plus de 60 ans et les centaines français seront 300 000 (en 2003 ils étaient 100 000).

Gouverner c'est prévoir. Toute la construction de l'offre gérologique repose sur les besoins et sur les différents scénarios favorables ou défavorables. Il s'agit de mettre en œuvre un plan de santé publique jamais entrepris en France contrairement à d'autres pays européens (Suède, Allemagne, Grande-Bretagne). La prévention des maux liés au vieillissement (chute, syndrome d'immobilisation, dénutrition, troubles du sommeil) est nécessaire pour éviter le système de dégradation en spirale.

La prévention des suicides

La santé mentale requiert un projet de société ou le « mieux vivre ensemble » au cœur du projet politique. Bien sûr, cela sort du domaine de la seule psychiatrie et des psychiatres.

Le suicide fait partie des grandes causes de mortalité prématurée : entre 15 et 24 ans c'est la 2^e cause de décès. Entre 25 et 34 ans, il s'agit

de la 1^{re} cause. La prévention pour les adolescents et les jeunes adultes est une priorité affirmée qu'il faut renforcer et compléter aux autres âges de la vie, notamment pour les personnes âgées en institution.

Plus des deux tiers des personnes auraient exprimé leur idée de suicide et plus d'un tiers ont très clairement annoncé leur intention de mourir ; 40 % ont vu leur médecin généraliste le dernier mois, 25 % sont suivis par un psychiatre dont la moitié l'avait consulté la semaine précédente.

De plus, le suicide peut être lié aux problèmes d'hétéro-agressivité dans les gardes à vue ou lors d'homicide (1 %).

Les TS (acte intentionnel d'autodestruction) selon la DREES seraient estimées à 160 000. Ces dernières sont dépendantes de l'âge, du sexe et du système de soin. L'IMV est le moyen le plus utilisé, surtout par la femme. La prévention du suicide est donc une urgente priorité ; il s'agit de mettre en place un système de détection et de protection de la souffrance psychique.

Les maladies mentales sont sources de souffrances majeures et de suicide. La dépression est présente à plus de 60 % ; vient ensuite la schizophrénie à plus de 10 %, enfin, les troubles de la personnalité dont l'impulsivité, la dépendance à l'alcool (risque de 7 %) et aux substances illicites (dont le risque peut monter jusqu'à 20 %). Les antécédents de tentative de suicide représentent un risque relatif de 10 à 30 %.

Au surplus, chaque suicide endeuille l'entourage des personnes décédées (100 000 nouveaux cas/an). Il faut prendre le plus grand soin de ces victimes secondaires. Retenons que la tentative de suicide, notamment chez le jeune est aussi un langage sollicitant l'entourage. François Ladame nous dit que « le comportement suicidaire peut cesser si, et seulement si, quelque chose change dans le vie du sujet ».

En raison des causes profondes des suicides et des trajectoires de chacun, la prévention sollicite différentes stratégies concomitantes avec des moyens complémentaires pour progresser (formations, travail en partenariat, retour d'expériences, revue de mortalité-morbidité, culture de réseau, réduction d'accès à des moyens mortels...).

La surconsommation de psychotropes

Le paradoxe français consiste en une consommation record de psychotropes (notamment les antidépresseurs), avec une morbidité plus élevée et un taux de suicide majeur largement supérieur aux pays européens (particulièrement visés : les hommes de 25 à 55 ans et les hommes âgés de plus de 75 ans).

1952 marque l'ère de commercialisation des psychotropes. Au départ, les seuls prescripteurs étaient les spécialistes ; actuellement, plus de

80 % sont des médecins généralistes pour des symptômes dont le caractère pathologique reste flou (deuil, lombalgie... par exemple). Ce transfert de prescription pose bien la question en santé publique sur le détournement d'une prescription en direction du dopage et de la drogue...

Le risque de médicaliser toute souffrance sociale interroge la place du médecin généraliste en tant que « soupape de sécurité » et sa formation dans une société indolore et individualiste (je ne veux pas souffrir) qui court après le temps (la prescription d'antidépresseurs permettrait de faire l'économie d'un travail de deuil après la mort d'un proche, etc.). Les effets secondaires de ces consommations majeures sont bien des enjeux de santé publique au rang desquels on trouve le suicide, la dépendance et l'hétéro-agressivité liée au sevrage. Après 50 ans d'utilisation effrénée de psychotropes, le temps de l'évaluation et des bilans de ces prescriptions est venu. L'objectif est un meilleur rapport bénéfice risque pour le sujet.

Le milieu carcéral

En milieu carcéral, l'opportunité d'une première prise en charge lors d'un dépistage systématique et précoce est l'occasion de briser le cercle vicieux toxicomanie-criminalité. C'est pourquoi, l'épidémiologie des conduites addictives doit rester la clé de voûte de toute politique de santé en milieu carcéral. L'opacité administrative et politique n'est pas la seule responsable des données fiables en faible quantité concernant ces propos. Les difficultés méthodologique et éthiques l'expliquent aussi. Alcoolisme et toxicomanie sont surreprésentés chez les sujets en courte peine, en détention provisoire.

De surcroît, les produits ne sont pas spécifiques et tributaires des évolutions sociologiques.

Les doubles diagnostics (psychiatrie, addictologie) sont surreprésentés avec un pronostic plus sévère.

Il faut donc réaffirmer fortement la nécessité d'une approche plurielle, institutionnelle et juridique, éducative et thérapeutique, afin de mieux prévenir la chute dans la spirale fatale précarité, prison, psychiatrie.

Osons redéfinir le champ psychiatrique avec ses forces et ses faiblesses

Affirmons d'emblée que la qualité du service public ne peut laisser croire que les équipes de psychiatrie et santé mentale peuvent répondre

en totalité à toutes les souffrances psychiques auxquels s'ajoutent les nouvelles pathologies liées au sida, aux soins palliatifs, à la douleur par exemple...

Il faut ajouter que les soins proposés par la psychiatrie de secteur, appréciée et reconnue depuis 30 ans, engendrent une croissance de la demande.

L'inégalité des moyens disponibles, entre les régions, entre les hôpitaux et au sein même des hôpitaux est toujours présente. La lutte contre ces disparités, source d'inégalité d'accès aux soins, est une vraie urgence politique. La psychiatrie est, en effet, concernée plus que les autres disciplines par la santé publique, car son originalité réside dans l'ampleur de son champ d'actions pluridisciplinaires pour la prévention, le soin et la réinsertion sociale.

Les acteurs

Tout d'abord, les chiffres sont sans appel. Le plus gros contingent de spécialistes reste les psychiatres au nombre de 13 500. Dès 2020, on assistera à une diminution de 36 % faisant suite au vieillissement de la population et au numerus clausus « inutilement martyrisé ».

On note au passage, sans en tirer de conséquences hâtives, qu'en 10 ans le taux de féminisation est passé de 35,6 à 43,2 %, un des pourcentages les plus élevés des spécialistes. Quoi qu'il en soit, des postes restent vacants à l'Hôpital Public.

Insistons sur la nécessaire pluridisciplinarité de nos partenariats multiples et l'importance du travail sur le lien affectif et social, ciment de l'interculturalité. La question de la formation et de la culture reste une question majeure dans la constitution de la condition première d'une identité décisive dans la socialisation d'une profession.

Qu'en est-il de la culture psychiatrique aujourd'hui ? Elle est mortellement blessée par la maltraitance permanente de la pression médiatique liée à la politique de la peur et du tout-sécuritaire. Ce sont les acteurs de terrain qui se voient parfois désignés comme à l'origine du mal et qui en portent le poids.

À partir de cette culture, se fera l'élaboration des structures et des dispositifs de prise en charge, du rôle et du positionnement des différents professionnels de santé avec les différents secteurs de l'éducation et du social.

Le dispositif de soins

Affirmons qu'aucun dispositif de soins n'abolira toute la souffrance psychique ; en aucun cas, cette souffrance doit s'enraciner uniquement dans la psychiatrie au risque d'être instrumentalisée par la politique et le contrôle social.

Les chiffres sont en constante augmentation ; 1 Français sur 3 aura un contact avec la psychiatrie, 54 millions de personnes au monde souffrent de troubles mentaux graves et 154 millions ont des états dépressifs majeurs. On constate, en France, une augmentation constante de 3 à 5 % de la file active des secteurs de psychiatrie publique par an depuis plus de 15 ans, avec une saturation de la psychiatrie en secteur libéral. Au cours des 12 derniers mois, 35 à 50 % des cas graves dans les pays développés et 76 à 85 % dans les pays sous développés n'ont pu bénéficier d'aucun soin. Enfin, en France, 40 000 lits et places dans le secteur public ont été supprimés en 25 ans.

Face à cet état des lieux, nous devons veiller à ce que la pratique psychiatrique reste au carrefour de la médecine et des sciences humaines et sociales ; c'est la théorisation des pratiques critiques et transformatives. La santé mentale requiert un projet de société et une organisation sociétale. Seuls, la psychiatrie et ses acteurs ne peuvent rien faire pour faire évoluer les failles du système : difficultés d'accès aux soins, retard à la réactivité et problèmes de mobilité.

Axes à redéfinir

Il sont nombreux et peuvent être déclinés comme un catalogue bien connu :

- réduire les inégalités de répartition de l'offre de soins en poursuivant une politique de sectorisation dans le cadre d'une territorialisation différenciée avec une graduation des réponses coordonnées et homogènes ;
- redéfinir l'hospitalisation à temps plein en poursuivant une désinstitutionnalisation qui se ralentit ; il faut souligner le poids de l'évolution de l'offre de soins sur les familles et les usagers comme en atteste le déséquilibre entre l'hospitalisation et l'ambulatoire (trois quarts de ressources à l'hospitalisation et pourtant trois quarts des files actives en ambulatoire) ;
- définir des centres de référence régionaux ou interrégionaux pour les grandes orientations et les groupes ciblés de pathologie en cas de résistance ou d'échec aux thérapeutiques classiques ;
- sortir l'hospitalisation complète de la crise en distinguant trois principaux facteurs :

- l'évaluation des hospitalisations inadéquates (13 000 personnes) ;
- la prise en compte du système libéral en marge du dispositif sectoriel à l'origine de patients étiquetés « patates chaudes » et de surspécialisation d'évitement.
- La prise en charge de l'acuité :
selon l'OMS, en 2004, 40 % des patients adressés à l'hôpital pouvaient faire l'objet d'une orientation alternative pour peu que cette offre existât dans la communauté. La particularité bien française est de constater que les ressources allouées aux urgences et par là même aux urgences psychiatriques sont majeures alors que les problèmes récurrents sont les difficultés de coordination entre le secteur MCO et la psychiatrie ou la psychiatrie et le SAMU. Si l'on compare le NHS britannique qui finance à 90 % les équipes mobiles d'urgence et de crise, on s'aperçoit que faire de la crise une priorité sanitaire confirme une diminution de 10 % du taux d'occupation des lits et une diminution de 20 % des admissions. Rappelons le constat français : 100 lits et 1 000 admissions/an pour 100 000 habitants alors qu'en Grande-Bretagne, 20 lits et 300 admissions/an pour 100 000 habitants.
- Il faut donc développer les alternatives à l'hospitalisation, intensifier les équipes mobiles préhospitalières en lien avec le SAMU, créer l'HAD en psychiatrie, l'UHCD psychiatrique et installer des hôpitaux de jour de crise. En ce domaine de prise en charge de la crise et de l'urgence, la culture psychiatrique française et la formation universitaire sont quasi inexistantes, le système est défaillant.
- Viser une combinaison plus équilibrée entre les réponses ambulatoires, libérales et hospitalières avec des réorganisations plus diversifiées et complémentaires avec le médico-social et le social. Actuellement, le médico-social souffre d'une démedicalisation alors qu'il accueille de plus en plus les malades mentaux et les handicapés psychiques. L'évaluation régulière du dispositif et la formation des acteurs doivent faciliter le décloisonnement entre sanitaire et social, hospitalisation et ambulatoire.
- Viser une meilleure adéquation entre les activités de soins et les moyens là où les besoins se font sentir à l'aide d'enquêtes nationales, sociologiques et épidémiologiques et comme le recommande l'OMS vers la communauté en s'appuyant sur la participation active d'associations d'usagers et d'associations des familles.
- La prise en charge des troubles mentaux et les politiques de prévention témoignent de choix de société et de priorités politiques. Les troubles psychiatriques atteignent 10 % des dépenses de santé. La logique voudrait qu'ils se traduisent en budgets accordés aux organisations efficaces.

- Il est contre-productif de séparer le soin et la prévention. Il importe de renforcer ce qui les unit ; la prévention relève souvent plus de l'éducation que du soin. La réorganisation de l'offre de soin doit en tenir compte et s'accompagner d'une politique claire et rigoureuse de prévention. C'est l'illustration du lien fort entre psychiatrie et santé publique.

Ces axes de développement intéressent, au final, l'ouverture du secteur sur son environnement, au sein de son territoire de proximité. Cela passe par le renforcement et l'institutionnalisation des liens avec les acteurs de la prévention (médecine scolaire, universitaire ou du travail, spécialistes de santé publique), avec ceux du suivi et de la réinsertion (secteur médico-social, du handicap, ou du secteur des politiques sociales : logement, emploi, culture). Cela passe par l'engagement d'un processus pluridisciplinaire autour de la psychiatrie qui consacre et permet l'association bénéfique entre psychiatrie et santé publique.

Avec Frédéric Rouillon, nous partageons une politique de prévention qui repose sur trois axes :

- primaire : pour conforter les conséquences psycho-sociales et développer les facteurs personnels de résilience ; elle concerne davantage des recommandations éducatives, psycho-pédagogiques et politiques ;
- secondaire : destinée à faciliter l'accès aux soins et à éviter le retard du diagnostic qui peut aller jusqu'à 5 ans pour le premier épisode psychotique et même 10 ans pour les troubles bipolaires ; elle s'appuie sur les niveaux d'information et des formations auprès d'acteurs de premier recours ;
- tertiaire : pour optimiser les structures et les pratiques, éviter les rechutes, les réhospitalisations et la chronicisation ainsi que l'apparition de comorbidités. Sur cet axe, on retrouve des réponses en termes de réadaptation et réinsertion (qualifié par l'OMS). Deux actions doivent primer dans ce dispositif : la lutte contre la discrimination de la maladie mentale retenue dans le pacte européen pour la santé mentale en 2008 et une politique transparente du médicament. La spécificité du modèle de soin et de prévention en France est souvent enviée par d'autres pays ; elle doit poursuivre pour cela ses réorganisations en tenant compte de sa culture, de sa sensibilité et de son histoire en s'appuyant sur des données de santé publique.

C'est de notre responsabilité. Georges-Bernard Shaw nous dit que : « la ligne de conduite la plus judicieuse consiste non pas à être exigeant dans notre attachement aux choses anciennes ou téméraires et peu pratiques à l'égard des choses nouvelles mais d'en tirer le meilleur parti possible ».

La psychiatrie : jusqu'où la psychiatrie peut soigner : dépistage précoce

Adolescents et jeunes adultes psychotiques

Différencier l'adolescent en crise de la crise de l'adolescence est un acte majeur. La prise en charge précoce des troubles psychiques chez l'adolescent et le jeune adulte est un enjeu prioritaire de santé publique eu égard aux retentissements cognitifs, aux difficultés scolaires et professionnelle comme à celles d'épanouissement affectif.

Distinguer les premiers signes des troubles psychiatriques à l'adolescence suppose d'identifier les facteurs de risque, de faire le point entre les difficultés psychologiques réelles et le processus parfois trouble d'une adolescence somme toute normale. Les questions majeures resteront : à quel moment se rendre à une consultation ? Vers quel professionnel s'orienter ?

Le principal souci est la perte de chance liée au retard dans le déroulement des soins liée à une mauvaise visibilité des structures et à une stigmatisation des troubles mentaux. L'exemple de la claustration ou à l'opposé des conduites d'errance qui sont en constante augmentation (87 000) en est l'illustration. Ces troubles du comportement souvent mal compris par l'entourage sont des modes d'expression d'angoisse et de conflits fréquents à l'adolescence (Marcelli et Braconnier).

La vulnérabilité est la gravité à court terme tant sur le plan somatique (malnutrition, addiction, infection VIH) que sur le plan psychique (effondrement dépressif, prostitution...). Le premier contact est fondamental et souvent sur la demande d'un tiers (famille, services sociaux, lycée...). Il faut que cette rencontre ouvre des perspectives nouvelles. Probablement, l'hospitalisation, dans des unités spécifiques de soins en réponse aux mises en danger, peut-elle obliger le jeune à rompre avec son comportement habituel et à ne pas se sentir obligé d'agir ses conflits ?

Dix pour cent des adolescents sont hospitalisés pour des pathologies chroniques (cancers), des crises suicidaires ou des troubles du comportement alimentaire. Il en va de même concernant les troubles bipolaires, maladie plus grave qu'on ne le pense.

Un effort de politique de santé publique doit être envisagé rapidement pour développer des programmes spécialisés et repérer les situations d'« état mental à risques » ; cette phase prodromale longtemps ignorée « At Risk Mental State » est souvent retrouvée entre 5 à 10 ans avant la première manifestation de la maladie.

Elle est associée à des changements culturels, fonctionnels et neurochimiques accessibles pourtant, de nos jours, grâce au développement de

l'imagerie, des méthodes informatisées et de la génétique moléculaire. Il conviendra de distinguer les troubles psychotiques des symptômes occasionnels d'allure psychotique. Seuls 30 à 40 % des sujets développeront une psychose. Il y a cependant 10 000 nouveaux cas par an, alors que 10 à 20 % de jeunes schizophrènes meurent par suicide.

Les troubles bipolaires et les psychoses affectives ont souvent été négligés. Pourtant, le risque suicidaire (deux tiers de décès par suicide), le risque accru de rechute, et surtout la stigmatisation sociale en lien avec les troubles du comportement de type maniaque sont avérés.

Diminuer les retards du diagnostic constitue alors un enjeu prioritaire au regard de ces nombreux risques. Les causes de ces retards sont connues :

- l'absence de consensus pour l'identification du point de début de la maladie ;
- la dépression est la première manifestation dans 50 % des cas ;
- les épisodes maniaques sont atypiques chez les sujets jeunes ;
- la symptomatologie d'allure maniaque est plutôt agréable et le sujet peu enclin à une demande de soins ;
- la comorbidité avec les prises de toxiques brouille les pistes diagnostiques ;
- les consommations de cannabis et d'alcool ou autre aggravent l'évolution d'un point de vue cognitif, diminuent la compliance au traitement et sont sources de réhospitalisation et de désinsertion.

Par conséquent, il nous revient d'améliorer les protocoles thérapeutiques, et d'identifier les facteurs de risques tant sur la partie distale (au niveau de l'enfance) que proximale (quelques mois avant le premier épisode) ; en développant la recherche pour qu'un concept clair puisse émerger.

Dépression sévère

La dépression sévère est un enjeu de santé publique car elle représente une réalité quotidienne pour des populations vulnérables (adolescents, femmes en période puerpérales, personnes âgées) et liée aux comorbidités, psychiatrie – addiction et psychiatrie – affections somatiques.

Elle met au défi les cliniciens et les chercheurs.

Cela n'est pas seulement la sommation de symptômes, c'est l'intrication des états de sévérité, de comorbidité sur un terrain fragile ; néanmoins, aucun élément décisif n'a permis de trancher ni l'épidémiologie, ni la génétique, ni même les tests psychométriques.

Rappelons que la dépression sera en 2020 pour l'ensemble du monde la cause la plus importante d'arrêts de travail, d'invalidité ou d'arrêt

de travail sans invalidité. Sous-évaluée, la comorbidité somatique est un facteur d'aggravation de chronicisation ; 25 % des patients sont concernés à l'hôpital général ainsi que 40 % des patients suivis en médecine générale.

Être psychiatre, c'est à la fois prendre soin de la fonction perturbée du corps et du désir, insensé ou inhibé. L'expérience clinique quotidienne nous conforte que la maladie mentale est toujours à un degré plus ou moins élevé une affection qui met le corps en cause.

La dépression sévère est une vraie maladie, en termes de santé publique, marquée par une diminution d'espérance de vie (le risque suicidaire est de 4 à 5 fois plus important qu'une dépression légère), avec une diminution de la qualité de vie (les rechutes sont à 50 % après un premier épisode dépressif, à 70 % après une deuxième épisode dépressif, à 90 % après un troisième épisode dépressif), marquée aussi par un coût sociétal non négligeable. Pour les adolescents de 17 ans et moins, la maladie dépressive est plus sévère, avec des antécédents familiaux, marquée par le risque suicidaire avec une efficacité moindre des antidépresseurs.

Pour les états dépressifs sévères du *post-partum*, on observe une résistance aux thérapeutiques usuelles. Ces états dépressifs sévères du *post-partum* sont souvent mésestimés. Les conséquences sont graves non seulement pour l'état psychique de la mère et de l'enfant mais aussi pour la relation mère-enfant avec un risque de suicide altruiste justifiant un dépistage précoce.

Chez les personnes de plus 60 ans, les états dépressifs sévères représentent un risque suicidaire majeur ; un tiers du total des suicides sont retrouvés avec un taux avoisinant 45 % pour les personnes âgées en institution. Les femmes ont un risque deux fois plus élevé de faire un état dépressif au cours de la vie que les hommes ; l'influence hormonale semble y contribuer mais aussi le rôle social de la femme. C'est l'addition des troubles de l'humeur, du déficit cognitif et des pertes liées à la biographie affective du sujet qui en font la sévérité.

Richter *et al.* montrent que le niveau d'événements traumatiques durant l'enfance doublent le risque de dépression sévère au 3^e âge et aggravent le risque de récurrence. Le seuil de vulnérabilité est différent selon les individus ; pour le même individu, il peut être variable selon les périodes de plus grandes vulnérabilités (psycho-sociales, somatiques ou hormonales).

Dépression et addiction

L'existence d'une comorbidité addictive est un facteur d'aggravation de la maladie dépressive. Il aggrave la perte de chance due à

un sous-diagnostic important ou à une recrudescence des gestes suicidaires et à une moins bonne observance thérapeutique.

Qu'il s'agisse d'une tentative d'automédication, les troubles psychiatriques sont apparus en premier, ou qu'il s'agisse d'une dépression sévère liée aux effets délétères des produits et aux conséquences négatives de l'addiction, la seule et vraie question reste la question de la prise en charge.

Par quelle équipe : équipe psychiatrique ou équipe addictologique ou bien par un faisceau d'équipes pluri partenariales ? En deux temps ou en simultané ?

Classiquement, on retrouve 30 à 50 % de patients présentant cette comorbidité en lien avec la théorie de la « vulnérabilité partagée », dans la genèse des troubles autoentretenus. La dépendance à l'alcool aggrave le tableau de dépression sévère et il intensifie le risque suicidaire jusqu'à 8 fois plus élevé qu'en population générale (Lejoyeux). La prévalence des troubles psychiatriques selon l'étude nord-américaine ECA (Epidemiological Catchment Area) réside majoritairement chez les consommateurs de cannabis en lien avec le rôle supposé autothérapeutique. Les patients présentant ce double diagnostic sont souvent victimes des failles d'un système de soins clivé...

Dépression et comorbidité somatique

La sévérité des états dépressifs est liée non seulement aux décès par suicide mais aussi aux maladies somatiques, notamment les maladies cardio-vasculaires.

L'état dépressif a un double rôle péjoratif sur le risque d'incidence des maladies somatiques et des facteurs d'aggravation pronostique. D'après le RMS (Ratio Mortalité Standardisé) le risque suicidaire est multiplié par 20,9 chez l'homme et par 27 chez la femme.

Ces données justifient le développement de stratégies adaptées à partir d'une alliance thérapeutique de haute sécurité autour du patient entre les équipes de somaticiens et de psychiatres. Rappelons qu'un cardiaque déprimé meurt 3,5 fois plus qu'un cardiaque non déprimé (Lesperance). Le plus grand nombre de décès est lié aux maladies cardio-vasculaires (52 %) suivi des maladies respiratoires (15 %) et des maladies cérébro-vasculaires (12 %).

La psychosomatique nous apprend à reconnaître les somatisations douloureuses et les dépressions masquées nécessitant un climat d'estime et de confiance réciproques entre les différentes équipes autour du sujet souffrant de plusieurs affections.

Il nous faut démontrer l'impact du soin psychique sur le diagnostic et le pronostic de la maladie en jeu. Soulager les patients de la souffrance dépressive leur permet une meilleure adhésion aux soins.

Ainsi s'impose à nous, une nouvelle approche pluriprofessionnelle prenant en compte les comorbidités, les origines plurifactorielles des troubles en intégrant les multiples déterminants de la maladie dans une conception moderne et réunificatrice de l'homme, littéralement psychosomatique.

Conclusion

Toute politique de santé publique doit être conçue avec les moyens d'accompagnement, ciblant la formation des acteurs, la dynamique de recherche et l'approche coordonnée des soins visant à un fonctionnement en réseau basé sur l'ouverture et la pluridisciplinarité.

La formation initiale et la formation continue au cœur du débat : jusqu'où soigne la psychiatrie ?

Si la formation des jeunes professionnels est trop centrée sur l'enveloppe des symptômes au nom desquels les patients viennent consulter avec la marque d'une époque et d'une culture données, ne risque-t-elle pas d'insister sur les troubles du comportement, ou sur la pathologie de l'agir avec les déterminations neurogénétiques et les vecteurs de civilisation qui vont de pair ?

La passion colore l'existence, lui donne un sens tout en évitant l'aliénation. Ne confondons pas l'habitude et l'addiction, la passion et la dépendance. La confusion dans la clinique du sujet ne risque-t-elle pas de faire oublier la singularité du sujet ?

La recherche

Alors que les dépenses liées aux prises en charge des maladies mentales sont en constante augmentation, les ressources consacrées à la recherche en psychiatrie et en santé mentale sont très limitées en France. Seule une politique volontariste des pouvoirs publics peut porter ses fruits et conduire la recherche à se structurer en profondeur autour d'axes prioritaires (par exemple les troubles bipolaires) reposant sur les trois niveaux : local, régional ou national.

La mise en commun d'expertises multiples et d'équipes labellisées permettra de franchir les frontières instables et poreuses entre le social et la santé mentale. La recherche en psychiatrie et en santé publique doit tenir compte non seulement des résultats obtenus dans les sciences de base mais aussi des sciences sociales (histoire, sociologie, anthropologie). Elle doit être impérativement pluriprofessionnelle et bénéficier de tous les éclairages lui permettant de progresser au niveau de ses concepts cliniques.

Les enjeux sont nombreux pour les 5 ans à venir

Dresser un véritable état des lieux en complément des travaux de la DRESS, permettant, si nécessaire, des réorientations de priorités en santé mentale (nouveaux pauvres par exemple).

- Développer la formation à et par la recherche pour les jeunes psychiatres. Favoriser le recrutement de chercheurs ayant une double formation et le recrutement de non médecins.
- Encourager l'émergence de méthodes adéquates.
- Créer des lignes budgétaires de recherche en psychiatrie et santé publique dans tous les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux bénéficiant de services de psychiatrie.
- Fédérer les différents hôpitaux dans une région pour la création de centres de recherche cliniques et épidémiologiques.
- Intégrer des usagers dans le processus de recherche active comme aux États-Unis et au Canada.

L'ouverture du secteur par le développement d'une culture partagée du réseau

Développer une culture partagée du réseau au niveau du terrain, enrichie de la mise en place des formations et d'EPP qui permettra de :

- retrouver un parcours de soin pour le patient et en resituer la continuité ;
- faciliter l'accès aux soins précoces par une prise en charge efficace des différents troubles associés (psychiques, addictifs, somatiques, psycho-sociaux) et repérer finement cette clinique plurielle avec une quête d'exigence dans un souci de démarche qualité ;
- sensibiliser les intervenants de première ligne et les intervenants du secteur médico-social ;
- mieux gérer les situations de crise et les ruptures de soins notamment lors des hospitalisations sans consentement.

Enfin, et surtout, structurer le réseau interprofessionnel au-delà du sanitaire, l'ouvrir sur les acteurs de la prévention et de l'action sociale afin de mieux intégrer les questions de santé mentale et de mieux en assurer la prise en charge.

Ces pistes favoriseront la promotion d'une authentique culture de santé publique et de psychiatrie innovante ; elles permettront de poser la question du lien psychiatrie-santé mentale et de préparer les réorientations nécessaires dans les 10 ans à venir.

Au *xxi^e* siècle, la souffrance mentale doit cesser de résonner de murs en murs. La collaboration hésitante ou conflictuelle entre différentes équipes de cultures différentes, de logiques opposées reste tout à fait féconde. Ainsi, prend fin l'ère de la colonisation. Chaque culture a la pathologie mentale qu'elle mérite et la psychopathologie qui lui convient. Les manifestations diverses de la psyché nous conduisent à la multiplicité des approches cliniques, à la pluralité de nos pratiques, à un enrichissement de nos savoirs théoriques, toujours à renouveler.

Bibliographie

1. Baudry P, Blaya C, Choquet M, Debarbieux E, Pommereau X (2000) Souffrances et violences à l'adolescence : que penser ? Que faire ? Rapport ministériel. Paris : ESF éditeur.
2. Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D (2004) Traité de santé publique. Paris : Médecine-Sciences, Flammarion.
3. Couty E, Cecchi-Tecchini R (2009) Rapport sur les missions et l'organisation de la santé mentale. Ministère de la Santé.
4. Cottencien O (2009) Dépressions sévères, comorbidités somatiques. *Encéphale Suppl 7* : S272-S278.
5. Fakra E, Kaladjian A, Da Fonseca D *et al.* (2010) Phase prodromale du trouble bi polaire. *Encéphale 36* ; Suppl 1 : 8-17.
6. Guelfi JD, Rouillon F (2007) Manuel de psychiatrie. Paris : Masson.
7. Keller PH, Pierret J (2000) Qu'est-ce que soigner ? Paris : La Découverte et Syros.
8. Kovess-Masfety V (2010) La Santé Mentale, l'affaire de tous. Rapport Ministériel, documentation française, n° 24.
9. Ladame F (2005) Les éternels adolescents. Paris : Odile Jacob.
10. Lemperiere T (2003) Dépression et comorbidités somatiques. Paris : Masson.
11. Marcelli D, Braconnier A (2004) Adolescence et psychopathologie. Paris : Masson, 6 édition.
12. Malla A, Lal S, Vracotas NC, Goldberg K, Joobar R (2010) Early intervention in psychosis. Specialized intervention and early case identification. *Encéphale Suppl 3* : 38-45.
13. OMS (2004) La situation de la santé mentale. Genève : OMS.
14. OMS (2008) politiques et pratiques en santé mentale en Europe. Genève : OMS.

15. Reynaud M, Ades J, Balmes JL (2006) *Traité d'addictologie*. Paris : Médecine-Sciences, Flammarion.
16. Roelandt JL (2010) De la psychiatrie vers la santé mentale : suite : bilan actuel et pistes d'évolution. *L'Information psychiatrique* 86 : 777-83.

François PETITJEAN

Toute observation scientifique est conditionnée par des théories ou modèles préexistants. On parle de paradigme pour définir l'ensemble des hypothèses et théories qui constituent ce cadre conceptuel indispensable. Il s'agit d'un système de représentation qui influence la façon de voir la réalité et de réagir à cette perception.

Les théories et les modèles peuvent être spécifiques, fonctionnant comme des hypothèses au sein d'un paradigme global, ou être plus généraux. Selon Kuhn [1], auteur d'un ouvrage sur la révolution scientifique, le rôle d'un paradigme est de fournir un cadre conceptuel au sein duquel observations, hypothèses et théories peuvent coexister. L'étude des diverses théories de la psychiatrie contemporaine s'inscrit dans une perspective historique qu'il n'est pas possible de développer ici en détail.

On rappellera, avec G. Lantéri-Laura [2] que les travaux de P. Pinel [3], d'E. Esquirol [4] et de W. Griesinger [5] ont introduit avec la notion d'aliénation mentale une médicalisation de ce que la culture nommait jusqu'alors folie, notion renvoyant au désordre, aux déviances, à la magie, au religieux ou à bien d'autres références. L'aliénation mentale ne définit pas une déviance sociale mais une pathologie, distincte de toutes celles dont s'occupent les médecins et devant être soignée dans des institutions spécifiques. Pour Pinel, manie, mélancolie, démence, idiotisme sont des formes cliniques de cette même catégorie qu'est l'aliénation mentale.

La notion de maladie mentale remplace celle d'aliénation à la fin du XIX^e siècle avec les travaux de J.P. Falret qui dénonce l'unité de la pathologie mentale puis ceux de V. Magnan [6]. La psychiatrie se rapproche alors du reste de la médecine, constituant un champ composé « d'un ensemble dénombrable et fini d'entités morbides naturelles, irréductibles les unes aux autres, distinguées les unes des autres par l'emploi systématique du diagnostic différentiel, mettant en œuvre une clinique fondée sur la sémiologie et l'évolution ». Très vite s'installe, au sein de

François PETITJEAN ✉

Psychiatre des Hôpitaux

CHSI, 03360 Ainay le Château

la discipline psychiatrique, un dualisme, toujours présent, même si les termes exacts de cette opposition se renouvellent au cours du temps. Ce dualisme oppose les conceptions psychogénétiques et les conceptions organogénétiques, opposant le cerveau à l'esprit : « brain versus mind ». La psychanalyse apparue à la fin du XIX^e siècle avec les travaux de S. Freud [7] apporte une nouvelle conception et une nouvelle thérapeutique de l'hystérie de conversion, et devient emblématique des conceptions psychogénétiques. C'est l'apparition des médicaments dans l'arsenal thérapeutique de la psychiatrie qui va donner une ampleur considérable aux conceptions organogénétiques, conduisant à la naissance de ce que l'on a nommé la psychiatrie biologique. La psychiatrie est référencée à plusieurs ordres d'intelligibilité, plusieurs types de théories. Ce pluri-référencement est beaucoup plus net qu'en médecine, où la base biologique est affirmée de façon totalement prédominante, même si des points de vue holiste et ontogénique s'affrontent également en médecine somatique.

Cette place particulière de la psychiatrie dans la médecine tient à la complexité de sa notion même : la subjectivité. Nous aborderons très succinctement ces différentes théories, pour ensuite s'attacher à comprendre comment elles interagissent entre elles, en développant un point de vue hégémonique, en s'opposant ou en s'intégrant dans un même paradigme.

Principales théories en psychiatrie

La théorie neurobiologique

La psychiatrie biologique réunit au sein de la discipline les tenants d'une théorie qui soutient que les explications les plus fondamentales pour les phénomènes psychologiques viennent des découvertes concernant la biologie du système nerveux et du cerveau.

La psychiatrie biologique cherche donc une structure biologique profonde aux phénomènes psychopathologiques et considère les troubles psychiatriques comme des maladies organiques. Les racines de cette vision biologique remontent à la médecine hippocratique, mais les bases actuelles sont celles du matérialisme scientifique. Pour le matérialisme scientifique, la pensée se ramène à des faits purement matériels ou en constitue un épiphénomène. Il s'oppose à tout courant pour lequel une transcendance domine la matière. La constitution du savoir scientifique repose toujours sur la comparaison : théorie-expérience ou théorie-observation, c'est cette comparaison qui valide ou invalide une théorie. Le développement des traitements pharmacologiques

a joué un rôle considérable dans le développement d'une approche biologique de la psychiatrie.

La première vague de découverte de traitements efficaces dans les années 1950/1960 a été le fait du hasard et de l'intelligence de quelques cliniciens à la recherche de médicaments actifs sur certaines pathologies psychiatriques. La deuxième vague était basée sur une recherche de la compréhension des interactions des molécules efficaces au niveau moléculaire. La démonstration par J. Axelrod [8] d'une action des antidépresseurs tricycliques sur les neurones noradrénergiques a focalisé l'attention de la recherche sur le rôle des monoamines cérébrales dans la physiopathologie des troubles de l'humeur. Les travaux d'A. Carlsson [9] qui montraient que les neuroleptiques bloquent les récepteurs dopaminergiques, confirmés par l'existence d'une corrélation entre efficacité antipsychotique et affinité pour les récepteurs D2, ont également orienté durablement la recherche vers une théorie dopaminergique des schizophrénies.

Ces découvertes ont donc ouvert la voie au développement d'un champ considérable de recherches visant à comprendre le rôle régulateur des monoamines cérébrales dans la régulation de l'humeur, ainsi que des fonctions cognitives et neuroendocriniennes. Dans le domaine du traitement de la schizophrénie, les travaux sur la clozapine [10], antipsychotique actif sur de nombreux neurotransmetteurs dont les récepteurs sérotoninergiques 5HT-2, ont permis le développement d'une seconde génération d'antipsychotiques mais aussi permis d'engager une réflexion sur les traitements neuroleptiques et antipsychotiques dans leur ensemble, sur les doses utilisées, les effets secondaires métaboliques et plus généralement sur les limites d'efficacité de ces molécules et l'intérêt d'autres approches thérapeutiques dans la schizophrénie.

L'approche neuro-développementale des schizophrénies a conduit à de très nombreux travaux dans le champ de la génétique et des neurosciences. Ces recherches ont atteint un niveau de sophistication tel qu'elles permettent de faire des liens entre les niveaux génétique et environnemental, d'une part, les approches psychopharmacologiques et psychothérapeutiques d'autre part. La découverte que l'expression génique n'est pas statique, qu'elle est influencée par les interactions avec l'environnement, a conduit à un intérêt grandissant pour les traitements psychosociaux dans des affections pourtant connues pour avoir une base neurobiologique importante. Dans la schizophrénie, il existe beaucoup de travaux démontrant l'efficacité de traitement psychosociaux. Les patients rechutent beaucoup moins souvent lorsque leurs familles peuvent bénéficier de thérapies familiales spécifiques. À partir de l'observation que des niveaux élevés d'émotion exprimée (EE) dans les familles de patients schizophrènes produisent un taux important de rechute après la sortie de l'hôpital [11], des techniques de

psychothérapie et de psychoéducation ont été développées qui ont fait la preuve de leur efficacité. La psychiatrie phénoménologique est une méthode d'investigation et de compréhension des maladies mentales dont les principes sont hérités surtout de la pensée de Husserl et de Heidegger [18, 19]. Elle exige en premier lieu que l'on saisisse la problématique éminemment philosophique qui se trouve impliquée par l'existence de la maladie mentale.

De même, des thérapies telles que l'entraînement aux compétences sociales ou les approches de remédiation cognitive viennent compléter l'outil pharmacologique. La piste neurobiologique, sans être disqualifiée, doit donc s'inscrire dans un paradigme plus vaste, et multifactoriel.

La théorie psychanalytique

La psychanalyse est née avec les travaux de S. Freud sur l'hystérie, travaux qui se situaient dans une approche scientifique et médicale : description précise de phénomènes psychiques, formulation d'hypothèses sur les mécanismes inconscients sous-jacents, recherche d'un outil thérapeutique approprié.

La théorie psychanalytique est ainsi venue apporter à la psychiatrie un outil thérapeutique véritablement révolutionnaire. S. Freud donnait, en 1922, la définition suivante de la psychanalyse : « La psychanalyse est le nom d'un procédé pour l'investigation de processus mentaux à peu près inaccessibles autrement ; d'une méthode fondée sur cette investigation pour le traitement des désordres névrotiques ; d'une série de conceptions psychologiques acquises par ce moyen et qui s'accroissent ensemble pour former progressivement une nouvelle discipline scientifique ».

La contribution de la psychanalyse aux soins psychiatriques s'est particulièrement développée après la Seconde Guerre mondiale. Des variantes cliniques sont apparues, une contribution à la compréhension de différentes pathologies s'est développée ; mais, de manière générale, les psychothérapies psychodynamiques mettent l'accent sur la prise de conscience par le patient des conflits inconscients dont il souffre et sur l'acquisition de nouvelles capacités psychologiques. Elles s'appuient toutes sur la notion de transfert défini par Lagache comme : le déplacement d'une conduite émotionnelle par rapport à un objet infantile, spécialement les parents, à un autre objet ou à une autre personne, spécialement le psychanalyste au cours du traitement [12].

On distingue à l'heure actuelle différentes techniques utilisant l'approche psychodynamique : la psychanalyse, la thérapie psychanalytique, la thérapie brève psychodynamique, la thérapie interpersonnelle psychodynamique. Par ailleurs, la psychanalyse offre une théorisation

de cadres thérapeutiques diversifiés : psychodrame psychanalytique, thérapies corporelles, psychothérapies familiales.

Pour E. Kandel [13], la psychiatrie, en intégrant la psychanalyse a fait un grand pas dans sa puissance exploratoire et sa connaissance clinique au cours de la première moitié du xx^e siècle, mais : « Malheureusement, ce pas fut atteint au prix d'un affaiblissement de ses liens avec la médecine expérimentale et le reste de la biologie ». Par ailleurs, au-delà de ces approches cliniques de la psychanalyse, il est clair que certains de ses théoriciens se sont éloignés de la logique médicale pour élaborer un discours philosophique qui a renoncé à toute remise en question scientifique.

Pour certains, la métapsychologie freudienne s'appuie sur une vision structuraliste : les phénomènes psychologiques peuvent être compris comme liés à des structures mentales abstraites : le moi, le ça, le sur-moi. Pour d'autres, il s'agit d'une herméneutique : les phénomènes psychologiques et comportementaux relèvent de la compréhension du sens qu'ils ont pour l'individu lui-même.

La psychanalyse a tenu une place dominante en psychiatrie pendant de nombreuses années. Le manque de travaux permettant d'en valider l'efficacité avec un niveau de preuve suffisant, le refus des tenants de cette discipline de chercher à développer des méthodes de validation de ses hypothèses brillantes, le développement des thérapies cognitivo-comportementales, celui de traitements pharmacologiques efficaces, autant de facteurs qui expliquent comment son champ d'application s'est vu remis en question.

Le développement des neurosciences depuis le début des années 1980 et celui des sciences cognitives et de la génétique ont offert des opportunités nouvelles à la psychiatrie. Ce point de vue est, là encore défendu avec brio par E. Kandel : « La psychiatrie et les neurosciences sont l'une et l'autre dans une nouvelle et meilleure position pour un rapprochement, un rapprochement qui permettrait aux connaissances issues de la perspective psychanalytique d'étayer la recherche d'une connaissance plus profonde des bases biologiques du comportement ». Kandel défend une position qui est celle d'une « revigoration » de l'exploration psychanalytique de l'esprit grâce à la biologie.

La théorie cognitivo-comportementale

Selon la théorie cognitivo-comportementale, les comportements seraient acquis par les lois de l'apprentissage. On peut selon cette approche « éteindre » des comportements anormaux en utilisant différentes modalités de conditionnement. Les comportementalistes ne nient pas l'inconscient mais ne le comprennent pas comme les

psychanalystes. Ils le conçoivent comme « fait d'habitudes comportementales et idéiques, de réactivités émotionnelles spécifiques ».

Les théories de l'apprentissage sont à la base des thérapies comportementales : conditionnement classique, conditionnement opérant et théorie de l'apprentissage social.

B. Skinner [14] a décrit vers la fin des années 1930 le conditionnement opérant comme un développement de la théorie darwinienne de la sélection naturelle : l'organisme vivant agit sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement. L'analyse du maintien d'une séquence comportementale suppose l'étude de ses conséquences qui permet de comprendre la finalité d'un comportement. Une action qui a des conséquences positives tend à se répéter (renforcement positif), alors qu'un organisme aura tendance à éviter les situations susceptibles d'entraîner des désagréments (renforcement négatif). L'absence de renforcement positif ou négatif conduit à l'extinction.

Les grands principes techniques utilisés dans les thérapies comportementales sont la segmentation de la difficulté, le façonnement progressif (« shaping »), le « modeling », apprentissage par imitation de modèles, utilisé pour le développement des compétences sociales par le jeu de rôle. Les thérapies comportementales se sont ensuite enrichies des références aux théories cognitives du fonctionnement psychologique, en particulier du modèle du traitement de l'information. Les thérapies cognitives viennent compléter les approches comportementales, en se fondant sur la notion de schémas cognitifs, « imprimés » dans l'organisme par l'expérience, stockés dans la mémoire à long terme et qui traitent l'information de manière inconsciente. À partir de là, chaque trouble psychopathologique est le résultat de schémas spécifiques (comme les interprétations négatives dans la dépression, par exemple) qui entraînent une attention sélective aux événements qui les confirment. Les distorsions de ces processus sont, selon cette approche, à l'origine des troubles observés en clinique et sont la cible des thérapies cognitives, mises en œuvre dans les troubles anxieux, la dépression et les troubles psychotiques.

Les neurosciences cognitives sont à distinguer des méthodes des thérapies cognitivo-comportementales ; elles s'intéressent aux processus cognitifs qui sous-tendent les grandes fonctions que sont l'attention, la mémoire, la perception, les fonctions exécutives. Ainsi, l'implication de déficits cognitifs dans la schizophrénie a conduit à la mise en œuvre de techniques dites de remédiation cognitive dans cette pathologie.

La théorie systémique

La théorie systémique fait référence à l'ensemble des principes théoriques qui expliquent la systémique. Ce principe a été formalisé, en 1968, par L. Von Bertalanffy [15] dans *General System Theory* mais les bases sont multiples, la principale étant certainement le mouvement cybernétique. Ces théories ont permis l'établissement de la systémique en tant que méthode scientifique et la base théorique associée est aujourd'hui plutôt appelée théorie systémique. Cette théorie a connu diverses applications, en biologie notamment, mais également dans les sciences sociales et en psychologie avec G. Bateson [16] et ce que l'on a appelé l'École de Palo-Alto.

Les groupes d'individus tels que la famille et le couple sont étudiés comme des systèmes à part entière, régis par des lois qu'il faut dégager. La pathologie mentale d'un individu est donc une résultante d'une anomalie systémique du système en lui-même. On a pu ainsi parler de familles pathologiques au sujet de la schizophrénie, entité psychopathologique la plus étudiée par les systémistes, notamment au travers de la notion de double contrainte. Le point de départ des travaux sur le « double bind » ou double contrainte, vient des travaux sur la communication. Ces travaux distinguent une communication sur un mode digital, c'est-à-dire numérique et dénombrable (langage, écriture), d'un mode analogique (intonation, mimique, gestuelle, etc.). Normalement, ces messages renvoient au même contenu. Selon la théorie du double lien, lorsqu'un individu reçoit de façon répétée et durable des messages contradictoires (messages digitaux contradictoires entre eux, messages digitaux contredits par les messages analogiques), le sujet n'aurait d'autre choix que de devenir schizophrène. Le déplacement de l'intérêt vers le système familial plutôt que vers le sujet tend à nier l'existence de facteurs endogènes ou psychogènes propres à l'individu souffrant de troubles mais la pratique psychiatrique ne peut en aucun cas ignorer l'existence des autres facettes du fait psychiatrique [17]. La théorie de l'injonction paradoxale, pour intéressante qu'elle soit en termes de compréhension de certains modes de communication, ne constitue plus à l'heure actuelle une hypothèse crédible quant à l'origine de la schizophrénie.

Les thérapies systémiques s'orientent maintenant vers des indications telles que troubles du comportement alimentaire, troubles de l'humeur ou situations de crise : la famille est considérée comme une collectivité de personnes présentant des schèmes comportementaux, émotionnels et cognitifs perturbés par l'existence de troubles mentaux.

Différents types de thérapies utilisant une approche familiale sont répertoriées : thérapies de couple et de famille de type psychodynamique,

thérapies de couple et de famille de type cognitivo-comportementale, psychoéducation familiale, thérapies multifamiliales systémiques, etc.

La phénoménologie

La phénoménologie est considérée par de nombreux commentateurs comme le plus important courant philosophique du xx^e siècle, dont le fondateur est Husserl [18]. La phénoménologie husserlienne est centrée sur le sujet : je suis ancré dans les choses et je ne perçois pas que ma perception, loin d'être immédiate, repose sur un grand nombre d'*a priori*.

La psychiatrie phénoménologique est une méthode d'investigation et de compréhension des maladies mentales dont les principes sont hérités surtout de la pensée de Husserl et de Heidegger [19]. Elle exige en premier lieu que l'on saisisse la problématique éminemment philosophique qui se trouve impliquée par l'existence de la maladie mentale. La psychiatrie phénoménologique s'articule également sur l'axe de la compréhension, comme le soulignait K. Jaspers [20] qui distinguait la compréhension (*verstehen* : comprendre quelque chose de l'intérieur) de l'explication (*erklären* : qui signifie expliquer quelque chose de l'extérieur). La première opère la genèse des troubles psychiques et en recherche les motivations historiques dans la vie du patient, donc dans sa réalité personnelle et contextuelle. En revanche, la deuxième puise dans des constructions théoriques a priori, biologiques ou génétiques par exemple. Cette distinction, entre comprendre et expliquer, entre signification et causalité est particulièrement présente en psychiatrie. Les sciences naturelles traitent de phénomènes répétés, cherchent des lois générales pour trouver des explications. La compréhension des phénomènes psychiques est au contraire subjective, elle met en jeu des interactions entre observateur et observé [21].

Un travail récent d'A. Joli [22] distingue deux périodes dans les relations entre phénoménologie et psychopathologie. La période de développement, au début du xx^e siècle, correspond aux travaux de Binswanger [23] en référence aux analyses fondatrices de Husserl et de son élève Heidegger. La période contemporaine est caractérisée par la convergence des travaux de philosophes phénoménologues et de psychiatres. De nombreux travaux mériteraient ici des développements détaillés : ceux de E. Minkowski [24], de W. Blankenburg [25] sur la psychopathologie des schizophrénies pauci symptomatiques (la perte de l'évidence naturelle), ceux de H. Tellenbach [26] sur la mélancolie. Sans oublier bien sûr, l'œuvre d'A. Tatossian [27], les travaux de H. Ey [28], J.M. Azorin [29], J. Naudin [30] et d'autres.

Il est difficile de faire en quelques lignes la synthèse d'une pensée aussi riche que l'approche phénoménologique. Pour G. Lantéri-Laura [2], la phénoménologie essaie de décrire « l'être au monde » caractéristique de quelques situations cliniques fondamentales, comme dans les travaux de L. Binswanger [23] sur la fuite des idées, d'E. Minkowski [24] sur la mélancolie et sur les schizophrénies. G. Lantéri-Laura lui même s'est attaché à développer des concepts tels que la disparition du fortuit dans la paranoïa [31] ou le « ne-pas-laisser-de-trace » dans la névrose obsessionnelle [32]. Par ailleurs, toujours selon ce même auteur, « l'attitude phénoménologique consiste, non pas à saisir intuitivement [...] la vie intérieure du patient, mais à décrire le fonctionnement de la psychiatrie en dévoilant ses conditions de possibilité ».

J.M. Azorin [29], quant à lui, définit la position du psychiatre phénoménologue par rapport à la distinction névrose/psychose : « la phénoménologie [...] ne prétend pas apporter de solutions définitives à la question de savoir ce qu'est une névrose ou une psychose pas plus qu'à celle du bien fondé de leur opposition ». Elle se contente de la déplacer d'une investigation des maladies mentales à une interrogation sur l'essence de l'être-malade, en privilégiant la signification humaine de celui-ci [...].

La mutation de la pensée psychiatrique dans les années 1970/1980

À partir des années 1980, la psychiatrie connaît un certain nombre de mutations importantes : remédicalisation, référence à la psychiatrie biologique et aux sciences cognitives d'une part, évolution majeure dans l'approche diagnostique d'autre part. L'évolution des références théoriques correspond, on l'a vu aux avancées thérapeutiques et au développement des neurosciences.

Sur le plan du diagnostic, le changement est symbolisé par la publication en 1980 de la troisième version du *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux* par l'Association américaine de psychiatrie (APA) [33]. La parution de cette nouvelle édition du DSM (*Diagnostic Statistical Manual*) avait été précédée par les travaux d'une équipe de chercheurs de la Washington University : Robins et Guze [34]. Il s'agissait de travailler à l'élaboration de nouveaux outils diagnostiques pour améliorer la fidélité inter-juges et la validité du diagnostic. Ainsi, furent définis les critères de Feighner (1972), délimitant quatorze syndromes psychiatriques, et des Research Diagnostic Criteria (RDC) publiés en 1975 sur la base de ces critères [35]. En 1974, l'un des principaux collaborateurs du travail sur les RDC, Robert Spitzer est nommé président de la Task Force on Nomenclature and Statistics, chargée de préparer le DSM-III.

Le travail préparatoire à la publication de cette 3^e édition fut marqué par une bataille autour de la névrose, avec création d'un comité de liaison entre la Task Force et les associations de psychanalystes américains. J. Gasser et M. Stigler [36] ont résumé dans un tableau (tableau) les différences entre l'approche diagnostique du DSM et l'approche psychodynamique qui était auparavant prévalente.

Le DSM-III apporte deux modifications importantes dans la démarche diagnostique :

- l'utilisation de critères opérationnels pour aboutir à un diagnostic ;
- la création d'un système multiaxial.

Tableau – D'après J. Gasser et M. Stigler.

Diagnostic DSM-III ou IV	Diagnostic psychodynamique
Visée : les symptômes et les syndromes	Le symptôme et son sens non explicite
Le diagnosticien reste dans une position d'observateur « objectif »	L'implication subjective du thérapeute dans le processus diagnostique est un outil de travail
La forme du symptôme prime	Le vécu du symptôme prime
Le symptôme n'a aucun autre sens que celui d'être l'aboutissement d'une chaîne pathogénique démontrable	Sens intra-et/ou interpsychique (adaptatif, communicatif, etc.) du symptôme
Option athéorique	Hypothèses psychogéniques, relationnelles, familiales...
Le diagnostic détermine une thérapie standardisée du symptôme ou du syndrome	L'évaluation intégrale détermine une approche individualisée à plusieurs niveaux interconnectés
Le rôle du patient est passif, la description symptomatique factuelle	Le patient est actif, description introspective et associative
Concept de l'observable	Concept de l'inconscient
Cadre philosophique : empirisme logique (opérationnalisation selon Hempel)	Tradition herméneutique
Spectre discret entre le normal et le pathologique	Spectre continu entre le normal et le pathologique
La temporalisation est peu présente, l'observation est centrée sur le moment présent	Le temps est fondamental (notion de dynamisme psychique, de processus, d'évolution, etc.)
Intérêt pour la recherche prédomine (grand groupe de patients)	Intérêt surtout pour la clinique (l'individu est fondamental)
Favorise la recherche épidémiologique et pharmacologique ; la communication scientifique internationale et avec les assurances sociales	Préférée dans la recherche du processus thérapeutique, et pour l'analyse des « single case studies »

La définition de critères opérationnels vise à répondre à la critique fréquemment exprimée du manque de fiabilité des diagnostics psychiatriques et de l'absence de validité des catégories de pathologies mentales. Il s'agit en fait de définir de manière rigoureuse des critères utilisés en pratique clinique lors de toute démarche diagnostique effectuée par un clinicien.

Le système multiaxial, quant à lui, rompt avec une tradition clinique de continuité entre la personnalité et les troubles présentés par un individu atteint d'une pathologie mentale. Il rompt avec le concept de structure qui oppose notamment les structures névrotiques et psychotiques. Le DSM-III distingue en effet un axe I correspondant aux troubles (état) d'un axe II correspondant à la personnalité (trait).

Le glossaire du DSM III donne une définition purement descriptive de la notion de trouble névrotique, soulignant l'absence de facteur étiologique démontré. Les trois autres axes du DSM-III concernent : les troubles ou affections physiques, la sévérité des facteurs de stress psychosociaux, l'évaluation globale du fonctionnement (axes III, IV et V). Les évolutions ultérieures du DSM, dans ses versions DSM-III R, puis DSM-IV et DSM-IV TR ont conservé cette architecture générale.

Le DSM-III a été largement critiqué pour l'athéorisme qu'il revendique (cette affirmation concernant l'athéorisme disparaîtra dans la 4^e édition, parue en 1994). Pour G. Lantéri-Laura, cette classification renvoie surtout à un empirisme dont les racines remonteraient à K. Jaspers [20] et à K. Schneider [37]. L'année même de parution de la 3^e version du DSM, est publié dans l'*American Journal of Psychiatry* un article de G. Engel [38] sur « l'application clinique du modèle bio-psycho-social ». Au moment de la parution de la 3^e édition du DSM, les thèses psychanalytiques commencent à voir leur hégémonie décliner et la psychiatrie biologique prendre une place grandissante. Le modèle bio-psycho-social peut être conçu, dans ce contexte comme un « cessez le feu » entre deux approches théoriques. Il a pour ambition de dépasser le modèle biomédical prévalent en médecine. En 1976, R. Grinker [39], rédacteur en chef de la prestigieuse revue *Archives of General Psychiatry*, fait un lien entre le terme bio-psycho-social et le paradigme de la théorie générale des systèmes considérant le réductionnisme comme antiscientifique et insistant sur l'importance des interactions entre les composantes d'un système.

Une telle approche requiert un examen de toutes les composantes de la vie d'un patient afin de fournir un diagnostic fondé sur la globalité des réalités biologique, psychologique et sociale du patient. Dès lors, le traitement du patient ne vise plus la seule diminution des symptômes, mais

davantage le rétablissement de la personne. Le diagnostic, et le traitement qui en découle, doivent être adaptés aux besoins psychologiques, sociaux et biologiques spécifiques du patient. G. Engel propose une conceptualisation de la maladie intégrant les aspects psychologiques et sociaux de celle-ci. Pour lui, il faut, dans le domaine de la santé, donner une importance majeure à cette approche intégrée, pour une meilleure compréhension du patient, mais aussi pour la mise en place de stratégies de soins et de mesures sociales plus adaptées et moins coûteuses. Concrètement, ce modèle s'applique bien à la démarche diagnostique et thérapeutique d'une équipe pluridisciplinaire (fig. 1) [40].

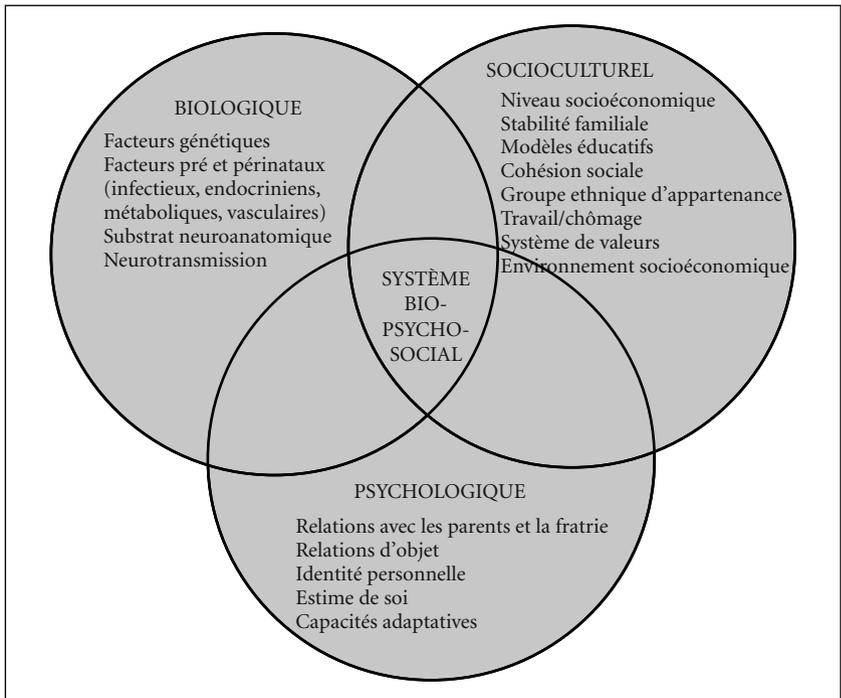


Fig. 1 – Système bio-psycho-social.

Quelle place pour les théories ?

Les critiques contre une application pure et simple du modèle biomédical à la psychiatrie sont nombreuses. Le réductionnisme qui consiste à voir la maladie mentale sévère comme le seul produit d'une pathologie du cerveau est évident.

L'affichage d'un éclectisme bio-psycho-social cache souvent une focalisation de fait sur les aspects biologiques d'une pathologie mentale.

De fait, les travaux de recherche, les financements et les publications consacrés aux aspects biologiques ou pharmacologiques l'emportent largement sur les approches psychosociales. Les corollaires du réductionnisme biologique sont la question de la place des psychotropes et la place de l'industrie pharmaceutique dans le débat psychiatrique.

Les problèmes soulevés par l'utilisation des psychotropes sont apparus dès les années 1970. La critique de l'utilisation des anxiolytiques comme médicaments de confort s'est avérée fondée lorsque leurs effets secondaires ont été mieux connus. Ce sont ensuite les antidépresseurs qui ont été critiqués, avec l'apparition de molécules mieux tolérées voyant leurs indications s'élargir de façon excessive. Mais, au-delà, c'est toute la question des relations entre les psychiatres et l'industrie pharmaceutique qui a été interrogée dans sa dimension éthique à travers la question des conflits d'intérêt [41, 42]. Enfin, relevons dans cet ensemble largement critique à l'égard du réductionnisme biologique, le développement d'un mouvement prônant la notion de rétablissement qui renvoie à une implication active de la personne dans un retour à un fonctionnement mental et physique satisfaisant.

Pour G. Lantéri-Laura [2], la définition même du champ de la psychiatrie pose trois ordres de problèmes : celui de sa spécificité, par rapport à la neurologie et aux sciences sociales notamment, celui de son unité ou de son polymorphisme, et enfin celui des rapports entre l'homogénéité ou l'hétérogénéité de ce champ avec les théories en cours. L'homogénéité conduirait à privilégier une théorie, l'hétérogénéité au contraire amènerait à retenir plusieurs théories.

Le développement du paradigme bio-psycho-social en médecine somatique, pour tenir compte des différents aspects de la personne malade, au-delà de ses simples symptômes montre que le modèle purement biomédical en apparence très homogène est insuffisant.

D'un point de vue épistémologique, on pourrait retenir différentes doctrines concernant la fonction des théories en psychiatrie. Le dogmatisme privilégie une seule théorie, il a été prévalent, puis critiqué pour la psychanalyse comme pour la psychiatrie biologique. Le modèle bio-psycho-social est un exemple de paradigme éclectique qui a connu, on l'a vu, une fortune particulière.

De nombreuses critiques ont cependant été exprimées à son encontre, concernant notamment son caractère trop vague et trop vaste. Pour Mc Laren [43] : « les psychiatres ont été à la recherche d'une modèle intégrant psyché et soma. Ils ont cherché si ardemment à trouver une réponse qu'ils ont adopté le modèle bio-psycho-social sans se soucier d'en inspecter les détails. ». Le modèle ne serait pas dépourvu de mérite mais ne correspondrait pas, selon lui à la définition d'une théorie scientifique.

Il ne révélerait rien de plus que ce que tout praticien sait, de façon plus ou moins implicite, à travers sa pratique.

Restent trois approches paradigmatiques :

- le pragmatisme, privilégiant la pratique et les résultats plutôt que les théories ;
- la recherche de nouveaux paradigmes intégratifs visant à dépasser les aspects réducteurs de certaines théories pour développer de nouveaux cadres conceptuels ;
- le pluralisme : aucun paradigme n'est suffisant à lui tout seul. Dans une situation clinique donnée, on doit retenir la théorie la plus pertinente.

Le pragmatisme

Le pragmatisme est une méthode philosophique tournée vers le monde réel, selon laquelle n'est vrai que ce qui fonctionne réellement ; si l'on s'en tient à un usage rigoureux, cette approche signifie une volonté de tester les théories par leurs résultats, donnant ainsi la prééminence aux données observées. D'un point de vue conceptuel toujours, certains mettent l'accent sur l'ouverture, le refus de se fier à un seul système de pensée.

La médecine fondée sur les faits, qui se définit comme : « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient », correspond à un tel pragmatisme. Le terme de médecine fondée sur les preuves, traduction d'*Evidence Based Medicine* (EBM), est également utilisé. Les preuves proviennent d'études cliniques systématiques, telles que les essais randomisés contrôlés ou des méta-analyses de qualité.

L'EBM est une des transformations majeures de la médecine, mais sa pertinence est très controversée, particulièrement en psychiatrie. Le principe conduit néanmoins à l'élaboration de recommandations thérapeutiques qui font référence dans les divers domaines de la clinique et de la thérapeutique psychiatrique. La pratique de l'EBM soulève dans la communauté scientifique un certain nombre d'objections. L'approche factuelle de la maladie et de la thérapeutique s'appuie sur des modèles statistiques où la maladie n'est plus envisagée du point de vue de l'individu (du sujet), mais du point de vue de la population (données statistiques). Il existe une absence d'études et de données scientifiques pour un certain nombre d'actes cliniques qui ainsi ne figurent pas dans les recommandations. Les études cliniques qui servent de base à l'EBM excluent un certain nombre de patients parce qu'ils présentent des comorbidités ou des facteurs de risque

particuliers ; elles ne seraient donc pas représentatives de malades auxquelles elles prétendent s'appliquer. Il existe des zones grises dans la pratique clinique. Une médecine fondée sur les « données probantes » fait la promotion d'une catégorie de données au détriment des données contextuelles qui englobent les aspects socioculturels, émotifs, psychosociaux, institutionnels, socio-économiques. Les essais cliniques randomisés, l'outil méthodologique principal de l'EBM, sont insensibles aux données contextuelles se rapportant à l'individualité des patients. La diffusion des données probantes à des fins cliniques a un outil privilégié : la recommandation (de pratique clinique ou de bonne pratique). La dissémination de l'information scientifique doit toujours être accompagnée par des réserves dues au statut provisoire de toute connaissance produite par la science. L'EBM pourrait perturber le jugement clinique, dans la mesure où la recherche de données probantes remplace la capacité de jugement du médecin et produit comme résultat des protocoles d'action clinique qui enlèvent potentiellement toute initiative aux médecins et au personnel soignant. Le praticien a une charge considérable dans la médecine fondée sur le niveau de preuve. C'est à lui d'intégrer les preuves à son expertise et de prendre en compte les choix du patient. Les recommandations peuvent être perçues comme des limites à l'autonomie et la liberté des praticiens qui peuvent être désorientés.

En dépit de toutes ces critiques, il existe actuellement une démarche résolue d'élaborations de recommandations cliniques dans divers domaines de la pathologie mentale : la Haute Autorité de Santé en France [44], le National Institute for Clinical Excellence en Grande-Bretagne [45], l'American Association of Psychiatry aux États-Unis [46] – pour ne citer qu'eux – publient et mettent à jour régulièrement de tels outils fondés sur l'EBM. Ces recommandations tiennent une place grandissante dans la formation médicale continue des médecins, ou ce qui est maintenant appelé développement professionnel continu.

La rédaction de guidelines est utile sur quatre points. Les recommandations permettent en effet d'identifier des connaissances scientifiques dans un domaine particulier, de combler le fossé entre les pratiques et les données de la recherche, de compenser le poids des modes et des idéologies. Enfin, elles permettent de répondre aux demandes du public du fait de l'évolution de la société et de l'évolution de l'éthique médicale passée d'un modèle paternaliste à un modèle de partenariat. Pour être des partenaires actifs, les usagers doivent pouvoir disposer d'informations accessibles et fiables.

En France, la démarche d'Évaluation de Pratiques Professionnelles (EPP) est ainsi définie par la HAS : l'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé consiste à analyser son activité clinique réalisée par

rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées. Une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients doit résulter de cette comparaison. Cette évaluation s'inscrit dans une dynamique d'amélioration de la qualité des soins conduite à différents niveaux : le système de santé publique (macro), l'organisation des soins en réseau entre différents professionnels (méso) et la pratique clinique (micro). L'EPP permettrait donc de répondre à un certain nombre de critiques formulées à l'égard des recommandations pour la pratique clinique et de l'EBM. Les recommandations ne sont utiles que si on les croise avec le sens clinique : la démarche des EPP correspond exactement à ce processus. Il faut sans cesse interroger les deux : guidelines et expérience clinique. Enfin, les recommandations n'ont de sens que si elles sont complétées, réactualisées, réinterrogées constamment.

Le modèle intégratif

La tendance naturelle de chacun est de chercher une explication unique à une série de phénomènes. Par conséquent, la tentative d'intégrer différentes théories pour trouver un paradigme explicatif qui les réunirait a été constante dans l'histoire de la psychiatrie.

Les modèles dogmatiques, qu'ils soient biologiques ou psychanalytiques, en sont un exemple.

Récemment, les travaux d'Erik Kandel [13], prix Nobel de médecine en 2000, représentent le travail le plus rigoureux d'élaboration d'un modèle intégratif. Dans un article paru en 2002 dans *l'Évolution psychiatrique* (traduction J.M. Thurin), E. Kandel développe « Un nouveau cadre conceptuel pour la psychiatrie ». Il propose un cadre de travail destiné à associer la pensée psychiatrique actuelle et la formation des futurs psychiatres à la biologie moderne. Il résume ce cadre en cinq principes.

- Principe 1. Tous les processus mentaux, y compris les processus psychologiques les plus complexes dérivent d'opérations dans le cerveau (...).
- Principe 2. Les gènes et leurs productions protéiniques sont des déterminants importants de l'organisation des interconnexions entre neurones dans le cerveau et du détail de leur fonctionnement. Les gènes, et en particulier les combinaisons de gènes, exercent ainsi un contrôle significatif sur le comportement (...).
- Principe 3. L'altération des gènes n'explique pas, en elle-même, l'ensemble de la variabilité des troubles mentaux majeurs. Des facteurs sociaux ou développementaux y contribuent également de façon très importante. De la même façon que des combinaisons de

gènes contribuent au comportement, y compris le comportement social, de même le comportement et les facteurs sociaux exercent en retour des actions sur le cerveau qui modifient l'expression des gènes et ainsi la fonction des cellules nerveuses. L'apprentissage, y compris celui qui résulte d'un comportement anormal, produit des modifications de l'expression génétique. Ainsi, tout ce qui concerne la « culture » est-il finalement exprimé comme de la « nature ».

- Principe 4. Les modifications de l'expression génétique produites par l'apprentissage induisent des changements dans les formes des connections neuronales. Ces changements contribuent non seulement à la base biologique de l'individualité, mais sont probablement responsables de l'initiation et du maintien d'anomalies du comportement qui sont induites par les contingences sociales.
- Principe 5. Puisque la psychothérapie ou le conseil a un effet réel et produit des changements à long terme dans le comportement, elle le fait probablement à travers l'apprentissage, en produisant des transformations dans l'expression génétique qui modifient la force des connections neuronales, et induisent des modifications structurelles de la forme anatomique des interconnections des cellules nerveuses dans le cerveau (...).

Les travaux d'E. Kandel [13] concernent la neurobiologie de la mémoire. À partir de la distinction entre les deux formes que l'on nomme mémoire explicite et mémoire implicite : une mémoire pour ce que les choses sont, comparé à une mémoire du comment faire quelque chose, il élabore les bases d'une neurobiologie de l'inconscient. La mémoire explicite encode l'information consciente à propos des événements autobiographiques et de la connaissance factuelle. La mémoire implicite fait intervenir pour ses rappels une mémoire inconsciente des stratégies motrices et de perception. Pour lui, les découvertes des neurosciences donnent la possibilité d'une ouverture vers la psychanalyse : « une psychanalyse à base biologique redéfinirait l'utilité de la psychanalyse comme une perspective effective concernant certains troubles spécifiques ».

Si ces travaux ont un intérêt considérable au plan théorique, en ce qu'ils permettent de dépasser le dualisme cartésien cerveau/esprit, « brain versus mind », ils restent du domaine de la recherche et ne trouvent pas une application dans tous les domaines de la pathologie mentale.

Le pluralisme

Le pluralisme théorique ne doit pas être confondu avec l'éclectisme. La notion principale est qu'aucun paradigme ne peut à lui seul

expliquer toute la psychiatrie. Il ne s'agit pas de combiner toutes les théories, sur quelque base que ce soit. Le pluralisme n'accepte aucun paradigme comme suffisant à lui seul, mais rejette aussi l'éclectisme comme trop confus ou trop vague. Dans le modèle pluraliste, chaque théorie possède forces et faiblesses, il s'agit simplement d'utiliser la théorie la plus appropriée dans un contexte clinique donné : par exemple la théorie neurodéveloppementale dans la schizophrénie permet d'approcher la question des interactions gènes-environnement mais aussi de comprendre la nécessité d'associer traitement biologique et approches psychosociales. Dans le champ de certains troubles de la personnalité, le rôle des traumatismes précoces de l'enfance permet d'éclairer la prise en charge psychothérapique [47]. Le modèle pluraliste admet l'existence de théories explicatives différentes (explicatives au sens du *verstehen* de K. Jaspers) et fait l'hypothèse de perspectives différentes, apportant chacune un niveau d'information spécifique. Ces perspectives n'ont pas le même niveau d'abstraction, utilisent des outils scientifiques distincts. Différentes approches sont nécessaires à la compréhension de certaines pathologies psychiatriques : facteurs neurobiologiques, facteurs de risque génétiques, aspects psychologiques et culturels. L'impact des facteurs de risque génétiques pour l'abus de substances peut être modifié par des facteurs d'environnement précoce, des événements de vie ou des facteurs culturels : ce modèle multifactoriel correspond à ce que nous connaissons des pathologies psychiatriques. Le pluralisme explicatif est compatible avec la compréhension au sens du *eklarer* de K. Jaspers.

Dans un paradigme pluraliste, on peut reconnaître des niveaux d'analyse distincts et indépendants pour chaque facteur explicatif, ou chercher à intégrer certains d'entre eux. Les travaux actuels concernant les interactions gènes-environnement vont dans ce sens [48]. Le modèle pluraliste est certainement moins populaire que le dogmatisme qui répond plus facilement au désir de trouver des réponses simples à des questions complexes. Il est cependant beaucoup plus proche d'une méthode scientifique véritable.

Conclusion

À la question qui nous était posée initialement, la réponse est qu'il existe encore des théories en psychiatrie, mais que les paradigmes qui organisent et agencent ces théories ont fortement évolué.

Les dogmatismes psychanalytique d'une part, biologique d'autre part, ont permis, en leur temps d'asseoir certaines démarches thérapeutiques à une époque où les données scientifiques ne permettaient pas

d'intégrer la dimension multifactorielle. Ils ont vécu pour céder un temps la place à un éclectisme qui est aujourd'hui lui-même dépassé car trop vague pour être un véritable paradigme.

L'avancée des découvertes scientifiques nécessite une approche pluraliste qui permet d'intégrer neurosciences et approches psychodynamiques.

La société évolue elle aussi, l'éthique médicale jadis paternaliste, est devenue partenariale, imposant un accès à l'information et un pragmatisme qui doivent s'appuyer sur des méthodes scientifiques d'élaboration et de diffusion de recommandations pour la pratique clinique. Ces recommandations doivent être construites à partir de données probantes et le public comme les organismes qui financent les soins exigent d'y avoir accès : pluralisme et pragmatisme sont maintenant les mots-clés.

Références

1. Kuhn TS (1983) *La structure des révolutions scientifiques*. Paris : Flammarion.
2. Lantéri-Laura G (2004) *Principales théories dans psychiatrie contemporaine*. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS Paris) Psychiatrie 37006-A-10.
3. Pinel P (1809) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris : JA Brosson.
4. Esquirol E (1838) *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, 2 vol. Paris : JB Baillière.
5. Griesinger W (1865) *Traité des maladies mentales*. Paris : Delahaye.
6. Magnan V (1893) *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Paris : L. Bataille.
7. Freud S (1966-1974) *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 24 vol. London: The Hogarth Press.
8. Axelrod J, Whitby LB, Hertling G (1961) Effect of psychotropic drugs on the uptake of norepinephrine by tissues. *Science* 133: 383-4.
9. Carlsson A (1978) Antipsychotic drugs, neurotransmitters and schizophrenia. *Am J Psychiatr* 135: 164-73.
10. Meltzer HY, Matsubara S, Lee JC (1989) Classification of typical and atypical antipsychotic drugs on the basis of dopamine D-1, D-2 and serotonin receptor pK_i values. *J Pharmacol Exp Ther* 251: 238-46.
11. Leff JP, Vaughn CE (1976) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *Br J Psychiatr* 129: 125-37.
12. Lagache D (1952) Le problème du transfert. *Rev Fr Psychanalyse* XVI: 102.
13. Kandel ER (2002) Un nouveau cadre conceptuel de travail pour la psychiatrie. *Evol Psychiatre* 67: 12-40.
14. Skinner BF (1953) *Science and human behaviour*. New York: MacMillan.
15. Von Bertalanfy L (1968) *General System theory*. New York: G. Braziller.
16. Bateson G (1960) Minimal requirements for a theory of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatr* 2: 477-91.

17. Hardy Baylé MC (2007) Modèles théoriques en psychiatrie. Epistémologie. In : Manuel de psychiatrie. Sous la direction de Guelfi JD, Rouillon F, eds. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson. p. 13-22.
18. Husserl E (1964) Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps. Paris ; PUF.
19. Heidegger M (1964) L'être et le temps (traduction Boehm de Waelhens). Paris : Gallimard.
20. Jaspers K (2000) Psychopathologie générale. Paris : Tchou.
21. Bolton D. Hill J (2003) Mind, meaning and mental disorder, Second Edition. Oxford University Press.
22. Joli A (2010) Phénoménologie non intentionnelle et psychopathologie. Ann Medico-Psychol 169 : 20-5.
23. Binswanger L (1987) Mélancolie et manie. Paris : PUF.
24. Minkowski E (1995) Le Temps vécu, n. éd. Paris : PUF.
25. Blankenburg W (1991) La perte de l'évidence naturelle. Une contribution à la psychopathologie des schizophrénies pauci-symptomatiques. Paris : PUF.
26. Tellenbach H (1979) La mélancolie. Paris : PUF.
27. Tatossian A (1979) Phénoménologie des psychoses. Paris : Masson.
28. Ey H (1975) Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie. Toulouse : Privat.
29. Azorin JM (1996) Position du psychiatre pharmacologiste par rapport aux névroses et aux psychoses. In : Epistémologie et Psychiatrie. Confrontations Psychiatriques 37 : 197-218.
30. Naudin J, Cermolacce M, Vion-Dury J, Pringuey D, Azorin JM (2011) Psychanalyse et phénoménologie. Ann Méd Psychol 169: 42-5.
31. Lantéri-Laura G (1984) Névrose obsessionnelle. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie 37-370-A-10.
32. Lantéri-Laura G (1985) Paranoïa. Encycl Méd Chir (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie 37-299-Q-10.
33. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM III American Psychiatric Association (1980).
34. Robins E, Guze SB (1970) Establishment of diagnostic validity in Psychiatric illness: its application to schizophrenia. Am J Psychiatr 126: 983-7.
35. Feighner JP, Robins ER, Guze SB, Wooruff RA, Winokur G, Munoz R (1972) Diagnostic criteria for use in Psychiatric Research. Arch Gen Psychiatr 26: 57-63.
36. Gasser J, Stigler M (1994) Psychiatric practice in the time of DSM IIIR. Rev Med Suisse Romande 114: 17-25.
37. Schneider K (1952) Psychopathologie Clinique. Louvain ed Paris: Nauvel verts et J. Vrin.
38. Engel GL (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatr 137: 535-44.
39. Grinker RR (1969) Emerging concepts of mental illness and models of treatment: the medical point of view. Am J Psychiatr 125: 865-9.
40. Lalonde L, Aubut J, Grunberg F (1999) Psychiatrie clinique, une approche biopsychosociale. Paris : PUF.
41. Moncrieff J (2006) Psychiatric drug promotion and the politics of neo-liberalism. Br J Psychiatr 188: 301-2.

42. Green SA (2009) The psychiatrist and the pharmaceutical industry. In: Broch S, Green SA, eds. *Psychiatric ethnics*, Fourth Edition. Oxford: Oxford University Press. p. 127-50.
43. MacLaren M (1998) A critical review of the biopsychosocial model. *Aust NZJ Psychiatr* 32: 86-92.
44. Haute Autorité de Santé <http://www.has-sante.fr/>
45. National Institute for Clinical Excellence www.nice.org.uk/
46. American Psychiatric Association www.psych.org/
47. Gabbard GO (2000) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. Med Edition. Washington DC: American Psychiatric Press.
48. Kendler SK (2005) Toward a philosophical structure for psychiatry. *Am J Psychiatr* 162: 433-40.

R. DARDENNES et N. AL ANBAR

Est-ce l'essoufflement (passager ?) de l'industrie du médicament ? L'aspiration générale à un mode de vie plus sain ? Un esprit de compétition et de productivisme pour soigner en 10 jours ce qui pouvait en nécessiter 90 ? Les limites de modèles théoriques qui ont maintenant près de 50 ans pour certains ? Un moment de déception ou un sentiment d'insuffisance pour les générations qui n'ont pas connu le moment « magique » de la révolution des neuroleptiques et des antidépresseurs ? Ces dix dernières années ont été marquées par une prolifération de méthodes thérapeutiques allant des suppléments alimentaires à la pose de sonde de stimulation électrique à l'intérieur même du cerveau, en passant par des techniques de psychothérapie faisant appel à la méditation ou aux roulements d'yeux.

Un inventaire à la Prévert serait fastidieux, un examen minutieux de chaque supposée innovation serait encyclopédique, un parti pris s'impose. La vulgarisation, souvent enthousiaste et œcuménique, de certaines méthodes nous invite à en vérifier les mérites. Quelques pistes prometteuses seront également mises en lumière.

« Que ton aliment soit ta seule médecine » (Hippocrate)

Simple et sensé, l'apport des nutriments nécessaire au fonctionnement optimal de notre cerveau n'est pourtant pas facilité par l'abondance d'une nourriture peu coûteuse en occident. De plus, attribuer la responsabilité de son cancer, de sa dépression ou de ses troubles auto-immuns aux choix individuels de consommation ne doit pas inciter à négliger d'autres facteurs environnementaux, tant physiques que sociaux ou psychologiques.

Roland DARDENNES ✉

Université Paris Descartes, Faculté de Médecine, Paris 06

CMME, Hôpital Sainte-Anne, Paris 14

CPN, Inserm U894, Hôpital Sainte-Anne, Paris 14

N. AL ANBAR ✉

CPN, Inserm U894, Hôpital Sainte-Anne, Paris 14

Université PMC, École Doctorale 158 "Cerveau-Cognition-Comportement", Paris 05

Il existe un corpus de données montrant l'influence des nutriments sur notre psychisme. Par exemple, un test expérimental consistant à faire absorber aux participants une alimentation pauvre en tryptophane, précurseur de la sérotonine, abaisse l'humeur de déprimés en rémission, sans traitement ou sous antidépresseurs sérotoninergiques [1]. Chez les sujets sains, ce même test influe les réponses cérébrales aux tests cognitifs et émotionnels [2]. Dès 1963, une supplémentation en tryptophane à un traitement antidépresseur avait fait l'objet d'une étude contrôlée montrant une efficacité supérieure à celle de l'antidépresseur seul [3]. Cinquante ans après, les études disponibles montrent un intérêt potentiel de cette supplémentation mais il n'existe aucune étude d'envergure et de qualité pour conforter cette impression ; de plus, de nombreux cas de syndromes toxiques associant hyperéosinophilie et myalgies au début des années 1990 ont mis fin à une pratique alors courante, même si les investigations ultérieures étaient plus en faveur d'une contamination de lot que d'un effet propre du tryptophane [4].

La « guerre contre le cholestérol » a révélé l'importance des lipides pour la santé mentale. Au début des années 1990, plusieurs auteurs s'alarmèrent d'une apparente augmentation des morts violentes – par suicide ou accident – chez les sujets dont le taux de cholestérol sanguin était bas ou avait été abaissé pour des raisons médicales [5]. Même s'il s'est ensuite avéré que le risque de suicide associé à un taux bas était au pire très modeste [6, 7], ce phénomène intrigant inspira Hibbeln et Salem [8] ; ces derniers rapprochèrent l'augmentation dans le temps de la prévalence de la dépression aux États-Unis de la diminution concomitante des acides gras poly-insaturés oméga-3 à longue chaîne et du constat que les pays, principalement asiatiques, où la consommation de poissons est élevée, avaient des prévalences dix fois moins élevées qu'aux États-Unis. Ils posèrent l'hypothèse qu'un déficit en oméga-3 augmentait la vulnérabilité à la dépression et qu'une supplémentation aurait des effets préventifs ou curatifs. Pour étayer cette hypothèse, ces auteurs citaient de nombreux résultats montrant l'importance des oméga-3 pour le fonctionnement cérébral, non seulement pour la qualité des membranes cellulaires mais également pour les transmissions monoaminergiques, la transduction du signal et la potentialisation à long terme. En 1998, Hibbeln publie une lettre d'une page dans le *Lancet* [9] avec un graphique montrant une corrélation inverse significative et très élevée ($r = -0,84$) entre la consommation de poisson et la prévalence de la dépression à partir des données de neuf pays. Un an après, Stoll *et al.*, en 1999, publie une étude pilote sur l'effet bénéfique d'un supplément d'oméga-3 pour la stabilité thymique des sujets ayant un trouble bipolaire. Depuis lors, Noaghiul et

Hibbeln [10] ont montré une relation inverse entre la consommation de produits de la mer et la prévalence du trouble bipolaire mais pas celle de la schizophrénie, et plus d'une trentaine d'études contrôlées ont été publiées afin d'évaluer les effets d'un supplément d'oméga-3 sur l'humeur dépressive. Deux méta-analyses ont été publiées dans l'*American Journal of Clinical Nutrition* [11, 12] dont les conclusions sont convergentes : les oméga-3 sont bénéfiques pour les personnes avec un état dépressif caractérisé et n'ont pas d'effet pour celles ayant simplement des symptômes dépressifs légers et modérés ; l'effet est modéré. L'étude plus approfondie de Martins montre en outre que la dépression bipolaire bénéficie également d'un supplément d'oméga-3 mais pas la dépression du post-partum, que l'action est plus efficace en supplément d'un traitement antidépresseur qu'utilisé seul. Surtout, les analyses de Martins montrent que le principe actif est probablement l'acide eicosapentaénoïque (EPA) avec une relation effet-dose, plutôt que l'acide docosahéxaénoïque (DHA) qui, utilisé seul, ne montre aucune efficacité significative. L'apport en EPA devrait être d'autant plus élevé que le régime alimentaire comporte une ration importante de lipides de type oméga 6 [13].

Si l'on ajoute à ces effets adjuvants pour le traitement de la dépression, les effets bénéfiques sur le plan cardio-vasculaire et hypothétiques sur la prévention de la démence, il apparaît raisonnable de recommander une augmentation de la ration d'oméga-3 des patients ayant un trouble de l'humeur. Cependant, étant donné les effets anticoagulants, hypoglycémiantes et anti-inflammatoires des oméga-3, la Food and Drugs Administration [14] recommande de ne pas dépasser une dose totale d'EPA + DHA supérieure à 3 grammes par jour. Un autre facteur à prendre en compte est la source des oméga-3. Si les poissons gras sont riches en EPA et DHA, ils accumulent également des métaux lourds ; une étude a montré que le taux de mercure absorbé par l'homme réduit la protection cardio-vasculaire apportée par une nourriture riche en poissons [15]. L'huile de poisson utilisée par les fabricants de compléments est dépolluée de ces métaux lourds. Les algues comestibles sont riches en DHA. Certains végétaux et huiles végétales comme l'huile de colza apportent essentiellement de l'acide alphalinoléique qui est ensuite métabolisé pour partie en EPA [16].

« Au travail, le plus difficile, c'est d'allumer la petite lampe du cerveau » (Jules Renard, *Journal*, 29 novembre 1901)

Dans les années 1930, deux traitements révolutionnaires des troubles mentaux furent découverts : Antonio Moniz [17] poursuivit

les tentatives infructueuses de Burckhardt, 50 ans plus tôt, et inaugura la psychochirurgie contemporaine avec la leucotomie préfrontale, plus connue sous le nom de lobotomie ; de leurs côtés, Lucio Bini et Ugo Cerletti, en 1938 [18], présentèrent le premier cas de patient traité par électroconvulsivothérapie (ECT), popularisée sous le terme d'électrochocs. Ironie de l'histoire, Moniz obtint le prix Nobel en 1949 pour une technique qui, après un temps d'engouement et plusieurs milliers d'interventions, s'avéra insuffisamment efficace au vu des complications résultantes [19], tandis que l'ECT montre une efficacité encore inégalée, mais d'une durée limitée, pour les états dépressifs mais aussi le traitement des épisodes maniaques et des états psychotiques réfractaires au traitement. Les travaux de psychochirurgie se poursuivirent, expérimentant la lésion de différentes zones cérébrales ; les tentatives les plus fructueuses impliquaient une lésion du cortex cingulaire – cingulotomie – à l'aide d'un repérage anatomique stéréotaxique [20]. Mais elles restèrent confidentielles avec l'avènement des antidépresseurs et des neuroleptiques jusqu'à la fin du xx^e siècle avant de connaître un regain d'attention.

Cette fois-ci, il ne s'agit plus de léser un cerveau malade pour le rendre bien portant, mais de stimuler électriquement des régions peu étendues du cerveau considérées comme dysfonctionnelles ou comme ayant un rôle important dans un « circuit » de plusieurs zones interactives, dont le fonctionnement résultant est dysfonctionnel. En effet, si l'ECT présente une efficacité indéniable, le fait de provoquer des crises convulsives généralisées entraîne un certain nombre d'effets indésirables, au premier rang desquels figure une amnésie antérograde prolongée.

Différentes techniques de stimulation plus ou moins invasives sont à présent expérimentées.

La stimulation magnétique transcrânienne (ou TMS, abréviation de l'anglais *Transcranial Magnetic Stimulation*) consiste à induire un courant électrique dans une région superficielle – jusqu'à 1,5 cm de profondeur en moyenne – du cerveau au moyen d'un champ magnétique pulsé appliqué avec une bobine posée sur le cuir chevelu. Ce champ magnétique est puissant (1,5-3 Teslas) mais bref (quelques millisecondes). Cette propriété d'un champ pulsé à créer un courant électrique fut découverte par Faraday en 1832, mais c'est en 1985 que ce principe montra un effet sur le cortex cérébral. Un effet thérapeutique est recherché en appliquant une série répétée d'impulsions magnétiques (rTMS pour *repeated TMS*) de manière quotidienne durant quelques semaines sur un patient tout à fait conscient. L'intensité de l'impulsion magnétique, la fréquence et le nombre d'impulsions déterminent le degré et le volume de l'aire activée ; l'effet de la fréquence suit une courbe en U inversé avec un effet inhibiteur de l'activité neuronale des

fréquences basses, inférieure à 1 impulsion/s = 1 Hz, suivi d'un effet excitateur des fréquences plus élevées et à nouveau un effet inhibiteur aux fréquences les plus élevées étudiées.

Sans doute du fait de son caractère non invasif et de sa très bonne tolérance, l'effet de la TMS a été largement exploré et ce, notons-le, sans le soutien financier de l'industrie, une étude exceptée. De fait, les essais sont le plus souvent de petite taille et plusieurs méta-analyses ont été réalisées pour dégager un résultat global. La plus récente [21] conclut que la TMS est efficace pour le traitement de la dépression, et celui des hallucinations acoustico-verbales et des symptômes négatifs de la schizophrénie. L'efficacité est jugée modérée, mais il faut tenir compte du fait que plusieurs études portent sur des cas résistants au traitement. Cependant, les résultats des études sur la dépression ne sont pas homogènes : le site de stimulation droit, l'utilisation en monothérapie plutôt qu'en supplément d'un traitement antidépresseur, l'exclusion des épisodes avec symptômes psychotiques, semblent apporter un meilleur résultat mais sans signification sur le plan statistique. La comparaison avec les ECT montre une supériorité de ces derniers sur la TMS.

Que penser alors de la TMS ? Cette technique est sans doute intéressante, relativement inoffensive, et prometteuse mais plusieurs obstacles restent à franchir pour une utilisation confiante en routine. La précision du site de stimulation est primordiale. Or, la majorité des séances de TMS sont réalisées avec un repérage approximatif – la règle des 5 cm – et le maintien de la sonde sur le site ainsi déterminé est précaire. Nauczyciel *et al.* [22] viennent de montrer que moins de 10 % des patients sont bien stimulés dans le cortex préfrontal dorso-latéral avec cette méthode ! Il est donc probable qu'avec un repérage assisté par imagerie cérébrale – techniques de neuronavigation – l'efficacité de la TMS soit plus constante. De plus, les effets de la TMS nécessitent une exposition quotidienne pendant plusieurs semaines pour se manifester et l'amélioration ne perdure pas. Il est donc important de définir le traitement de relais permettant les meilleurs résultats : mise sous antidépresseurs, séances de TMS d'entretien, lithium, etc. Enfin, les mécanismes d'action de la TMS restent mal compris au-delà des effets excitateurs locaux immédiats ; la TMS modifie la plasticité synaptique à travers un processus impliquant les récepteurs NMDA, mais a de nombreux autres effets [23, 24]. La réponse à la TMS est modulée par les variants de gènes jouant un rôle dans la plasticité cérébrale et dans l'excitabilité neuronale [24, 25] et par les traitements psychotropes qui influent également sur les paramètres d'excitabilité [26]. Cet effet plastique suscite un intérêt pour améliorer la récupération cérébrale suite à un accident vasculaire [27] et d'une manière générale la compensation

de lésions traumatiques ou dégénératives du système nerveux [28]. La répétition des stimulations et leur pérennité sont mieux assurées par l'implantation d'un stimulateur permanent. Deux techniques ont fait l'objet d'expérimentations en psychiatrie.

La stimulation du nerf vague (ou VNS, abréviation de l'anglais *Vagus Nerve Stimulation*) consiste à implanter, comme pour un *pacemaker* cardiaque, une batterie électrique avec un dispositif réglant la fréquence et l'intensité des stimulations délivrées au nerf vague gauche au moyen d'électrodes. La stimulation remonte ainsi le trajet du nerf vague jusqu'aux noyaux du vague dans le bulbe rachidien. Initialement utilisée avec succès pour le traitement d'épilepsies réfractaires, les effets durables sur l'humeur de certains patients ainsi traités [29] et la démonstration d'un effet sur le cortex et sur le système limbique [30] incitèrent à expérimenter cette technique dans la dépression, et plus particulièrement les cas réfractaires à une série de traitements pharmacologiques adéquats. À ce jour, une seule étude contrôlée a été réalisée avec des résultats décevants par rapport à ceux obtenus lors d'études avant-après VNS [31] : 15 % de répondeurs *versus* 10 % chez ceux qui avaient reçu un dispositif factice. Cependant, le suivi des patients avec une VNS suggéra, d'une part, que le taux de répondeurs doublait un an après l'implantation, d'autre part que plus de deux tiers des répondeurs maintenaient leur réponse durant deux années de suivi [32]. Ces résultats incitèrent la Food and Drugs Administration à donner son approbation en 2005 à la VNS pour les patients ayant une dépression très résistante définie par l'échec à au moins quatre traitements antidépresseurs correctement effectués. En dépit d'effets gênants (altération de la voix, toux d'irritation, aggravation ou révélation d'une apnée du sommeil) et d'une efficacité notable pour une minorité de cas seulement, un pourcentage élevé de patients acceptèrent de poursuivre le traitement sur de longues périodes (81 %). Une meilleure connaissance du mécanisme d'action aiderait certainement à mieux comprendre pourquoi cette technique réussit là où les autres antidépresseurs ont échoué, et pourquoi elle réussit insuffisamment. Les études animales suggèrent que la VNS module l'activité du locus coeruleus et en particulier sa composante noradrénergique car elle augmente la libération de noradrénaline dans l'amygdale et l'hippocampe [33].

Si la VNS accède aux structures cérébrales profondes par l'intermédiaire d'un nerf périphérique, la stimulation cérébrale profonde (ou DBS, abréviation de l'anglais *Deep Brain Stimulation*) va stimuler directement ces zones d'accès difficile avec un courant à haute fréquence. Technique utilisée avec succès dans les troubles moteurs comme la maladie de Parkinson et différents mouvements anormaux, elle a été utilisée pour la première fois avec succès dans la dépression

par Mayberg *et al.* [34]. Trois séries de patients souffrant d'un épisode dépressif « ultrarésistant » avec des durées d'épisodes de 5 à 10 ans, un ou plusieurs échecs aux ECT, et à une succession d'antidépresseurs seuls ou combinés à des adjuvants, ont été publiées [35-37] et montrent des résultats impressionnants pour ces cas avec des rémissions dans plus d'un tiers des cas dans les séries de Lonzano et de Malone et 50 % de répondeurs, mais apparemment aucun cas de rémission, dans la série de Bewernick. Ces études se distinguent par leur site de stimulation différent l'une de l'autre : cortex cingulaire antérieur subgénéral (CCAsg) pour Lonzano, tête du noyau caudé (NC) pour Malone et noyau accumbens (NAcc) pour Bewernick. Ce choix était basé respectivement sur les études d'imagerie fonctionnelle montrant une réduction de l'hyperactivité du CCAsg sous antidépresseur, l'observation d'une amélioration de l'humeur de patients atteints de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ayant reçu une DBS du NC et l'implication du circuit de la récompense (NAcc) dans la dépression. Cependant, ces résultats, aussi remarquables soient-ils, n'ont pas fait l'objet d'une comparaison avec un traitement contrôle. Si un effet placebo semble peu probable pour ces auteurs sur la base de l'observation de modifications immédiates du comportement lors de séances durant lesquelles l'électrode était branchée ou débranchée, il n'est pas impossible. Cet écueil a été évité dans les études contrôlées par un traitement croisé (la moitié des sujets ont leur électrode activée au départ de l'étude, puis on inverse les traitements, en désactivant l'électrode ou en l'activant au contraire, cela à l'insu des investigateurs) qui ont montré un effet de la DBS pour le TOC et le syndrome de Gilles de la Tourette [38]. Ces techniques paraissent donc tout à fait prometteuses en théorie. Cependant, elles exposent à des risques tels qu'une infection, le déplacement et la rupture de l'électrode et sont contraignantes (le manuel de la société indique comment contourner les détecteurs de métaux, conseille de placer son téléphone mobile à plus de 10 cm de l'électrode et d'éviter de s'appuyer contre la porte du réfrigérateur, etc.). Le risque le plus important reste cependant le suicide. Certains auteurs considèrent que ce risque est lié à la sévérité du trouble et aux antécédents suicidaires des patients traités. Mais l'arrêt brutal de la stimulation, par rupture de l'électrode ou par une décharge de la batterie, peut entraîner une réapparition brutale des symptômes dépressifs susceptible d'entraîner un geste fatal. Il est notable que ce sujet préoccupe les neurologues qui ont observé dans la maladie de Parkinson un taux standardisé de suicide 13 fois supérieur à celui de la population générale dans la première année post-implantation et encore deux fois plus élevé 4 ans après [39]. Cette technique nécessite donc un fort engagement tant de la part du patient que de l'équipe en charge du suivi.

Les Trois Princes de Serendip courent toujours (kétamine bonne mine, insomnie aussi)

Tous les psychiatres (et leurs patients) aimeraient avoir à leur disposition un traitement qui fasse disparaître sous leurs yeux les troubles qui ont amené à les consulter. Ce vœu a apparemment été exaucé par Zarate *et al.* [40, 41] : un anesthésique familier, la kétamine, perfusé à faible dose faisait disparaître les symptômes dépressifs, de patients ayant un épisode dépressif résistant, en 2 heures ! Vingt-quatre heures plus tard, 70 % étaient répondeurs et 29 % présentaient une rémission complète ! Contre 0 % sous placebo ! Cette rémission spectaculaire pouvait durer jusqu'à 1 semaine après la perfusion. Ce résultat extraordinaire inaugurait La Voie du véritable traitement antidépresseur [42] : la voie glutamatergique avec ses récepteurs NMDA (pour N-méthyl-D-aspartate). Ce résultat était d'autant mieux reçu que la communauté scientifique, après avoir soutenu la théorie monoaminergique de la dépression, soutenait maintenant, masse critique de travaux à l'appui, la théorie de la neuroplasticité : les antidépresseurs redonnaient au cerveau la capacité de s'autoréorganiser et l'aidaient ainsi à sortir de ce mode de fonctionnement dépressif dans lequel il restait bloqué. Dès 1959, George Crane [43] avait mis en évidence l'efficacité de la D-cyclosérine chez des personnes déprimées, avant même que l'on sache que cet antituberculeux, relativement toxique et retiré par la suite du marché en France, était un agoniste partiel du NMDA. En 1971, trois médecins mexicains publièrent dans le *Lancet* une étude contrôlée montrant les effets antidépresseurs chez l'homme de l'amanatadine, dont on saura ensuite que cet antiparkinsonien est également un antagoniste partiel et d'affinité modérée du NMDA [44]. En 1990, Trullas et Skolnick montrent que des molécules antagonistes du récepteur NMDA passaient avec succès des tests animaux de criblage des molécules potentiellement antidépresseurs [45]. Les propriétés euphorisantes des antagonistes NMDA étaient pourtant connues depuis longtemps par le grand public car la phencyclidine, ou poudre d'ange, était la drogue la plus en vogue dans les années 1970 [46]. C'est sans doute pour cela que, lors de la première étude contrôlée des effets d'une perfusion de kétamine, leurs auteurs considérèrent que l'effet immédiat de la kétamine était un effet euphorisant (« high ») plutôt qu'un effet antidépresseur [47]. Prudents (trop prudents ?), ils se contentèrent de signaler des effets impressionnants, 14 points de baisse à l'échelle de dépression de Hamilton contre 0 sous placebo, mais sous trois jours. Ce n'était sans doute pas assez pour nous appâter, Zarate corrigea le tir 6 ans plus tard. Cependant, les effets de la kétamine sont transitoires et durent au mieux 1 semaine. Il faudrait donc renouveler cette perfusion

et sans doute longtemps car, après une série de 6 perfusions à raison d'une tous les 2 jours, les patients rechutaient en moyenne 19 jours après la dernière perfusion [48].

Le paradigme de la restauration de la plasticité cérébrale devrait renouveler l'intérêt pour un traitement « orphelin » qui agit pourtant en une nuit : la privation de sommeil. Partielle (deuxième partie de nuit) ou totale, renouvelée une ou deux fois par semaine, elle entraîne en quelques heures une réponse importante : 75 % des patients améliorent leur score de dépression d'au moins 50 % en une nuit [49]. Cette technique est particulièrement utile pour le traitement de la dépression bipolaire, réputée d'un traitement difficile : Wu *et al.* [50] ont récemment montré avec une étude contrôlée l'effet robuste et durable d'un protocole de 3 jours associant une privation totale de sommeil la première nuit, suivie de 3 jours d'exposition matinale à une lumière intense (5 000 lux durant 2 heures) et de coucher précoce (avance de phase) en addition du traitement médicamenteux (antidépresseur plus thymorégulateur), avec une différence significative dès le 7^e jour, un maintien du résultat et de la différence 7 semaines plus tard et un taux de rémission final supérieur à 33 %.

L'effet antidépresseur de la privation de sommeil peut s'expliquer de différentes manières, compatibles avec les idées contemporaines sur la physiopathologie de la dépression : la privation de sommeil réduit l'hyperactivité du cortex cingulaire antérieur [51], elle augmente la réactivité du système de la récompense, en particulier vis-à-vis des stimuli agréables [52], et augmente l'expression de multiples gènes, dont plusieurs sont importants pour la plasticité cérébrale [53].

Les protocoles associant privation de sommeil et chronothérapie sont sans doute plus faciles à mettre en œuvre pour les équipes de psychiatrie hospitalière que les protocoles de perfusion de kétamine ; cependant, la kétamine a démontré son utilité pour les épisodes dépressifs ultrarésistants tandis que les études sur la privation de sommeil ont porté sur des populations plus variées.

Le Nobel du comptoir

En 2008, un livre fit grand bruit en France car son auteur, médecin, relatait son expérience de guérison de sa dépendance alcoolique grâce à une automédication de fortes doses d'un produit vieux de 40 ans utilisé contre les troubles spastiques d'origine neurologique [54]. Le baclofène, agoniste du récepteur B de l'acide gamma aminobutyrique (GABA_B), apparaissait alors comme le traitement miracle de la dépendance alcoolique qui avait échappé à tous les chercheurs de la planète,

y compris le fameux Institut américain de la recherche sur les addictions (National Institute on Drug Abuse, NIDA) malgré son budget annuel d'un milliard de dollars. Cette propriété du baclofène est en fait la découverte de chercheurs italiens, Giancarlo Colombo pour la partie biologique [55] et Giovanni Addolorato pour son application clinique [56]. Cette capacité à réduire massivement en 1 semaine la prise d'alcool fut ensuite confirmée par deux études contrôlées [57, 58]. Les résultats de la dernière publication sont impressionnants : 71 % d'abstinence à 3 mois avec 30 mg/jour de baclofène contre 29 % sous placebo, chez des patients ayant une cirrhose alcoolique et une longue période d'abus (16 ans en moyenne). L'importance du système GABA dans les addictions et le potentiel thérapeutique des agonistes GABAB sont maintenant reconnus [59, 60] et donnent lieu au développement de nouvelles molécules, brevetables [61].

Le Dr. Ameisen a eu le mérite d'isoler dans l'abondante littérature scientifique les travaux de Colombo et Addolorato et de les faire connaître au travers de son témoignage [62]. Son expérience portait sur de bien plus fortes doses que les études précitées, 240 mg/j, alors que la dose maximale indiquée est de 80 mg/j ; elle semble pouvoir être étendue à d'autres patients [63].

**« Loin de s'émerveiller, la pensée objective doit ironiser »
(Gaston Bachelard, *La Psychanalyse du feu*, 1937) :
baguette et pipeau ?**

La légende raconte que madame Francine Shapiro, docteur en littérature anglaise, découvrit l'effet bénéfique des mouvements oculaires au cours d'une promenade dans un parc en 1987. Ce fut le point de départ d'une des plus belles *success stories* de l'histoire de la psychothérapie : livres, recherches, distinctions honorifiques, recommandations institutionnelles, enseignement et formation de milliers de praticiens de la désensibilisation et reprogrammation par les mouvements oculaires (EMDR, abréviation de *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) ; rien ne manque pour assurer le succès considérable de l'EMDR Institute, Inc., société commerciale créée par madame Shapiro, qui se vante sur son site internet d'avoir formé 70 000 cliniciens à l'EMDR ! Le cœur de cette thérapie est la « double stimulation » : le patient doit imaginer un souvenir pénible tout en suivant des yeux le mouvement en va-et-vient horizontal d'une baguette (ou de votre doigt si votre fille a égaré son costume de fée) pendant une vingtaine de secondes. Après une série de « doubles stimulations », la détresse est notablement réduite. Selon le site de l'EMDR Institute, les événements traumatiques

sont emmagasinés de manière dysfonctionnelle dans notre mémoire en réseau car, ils ne sont pas connectés, reliés aux autres informations « adaptatives » ; l'EMDR permet de « reconnecter » ces souvenirs perturbants avec ces informations (<https://www.emdr.com/general-information/what-is-emdr/theory.html>).

Pourquoi faut-il rouler des yeux ? Parce que cela permet de reconnecter ce souvenir déconnecté. Pourquoi ? Les explications ont varié dans le temps, de la référence aux mouvements oculaires rapides durant le sommeil paradoxal jusqu'à la stimulation bilatérale du cerveau permettant une meilleure interconnexion fonctionnelle des deux hémisphères. Le Dr. Servan-Schreiber, fondateur de l'association EMDR France, filiale française de l'EMDR Institute (elle représente la thérapie EMDR dont le nom est déposé par Francine Shapiro) nous explique de manière accessible sur le site internet : « La technique de thérapie EMDR fait deux choses très importantes. D'abord, elle « débloque » les mémoires et les émotions négatives stockées dans le système nerveux, puis, elle aide le cerveau à re-traiter l'expérience (au sens informatique de traitement de l'information) pour qu'elle soit "digérée" » ; « Pendant que les mouvements des yeux sont stimulés, les émotions sont libérées » (<http://www.emdr-france.org/spip.php?article70>) ; et sur le site de la revue *Psychologies* : « Le mouvement oculaire débloque l'information traumatique et réactive le système naturel de guérison du cerveau pour qu'il complète le travail » (<http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/EMDR>).

Plusieurs études contrôlées ont été publiées et l'EMDR est maintenant recommandée dans le traitement des états de stress post-traumatique par l'Association Américaine de Psychologie et le National Institute for Clinical Excellence. Elle est également présentée comme une variante des thérapies cognitivo-comportementales dans l'expertise collective de l'Inserm [64], efficace dans cette indication.

Le problème de l'EMDR n'est pas son efficacité mais la pseudo-science qui entoure ce qui n'est rien d'autre qu'une méthode de désensibilisation [65]. En effet, une dizaine d'études ont montré que les mouvements oculaires (ou tout autre substitut) n'ajoutent rien à l'efficacité d'une EMDR sans mouvement oculaire [66] et récemment, il a été vérifié que les mouvements oculaires n'augmentent en rien la coopération interhémisphérique [67]. Les partisans de l'EMDR et l'EMDR Institute rétorquent que les techniques d'exposition reposent sur des expositions prolongées et des traitements longs. Ils auraient intérêt à lire l'ouvrage de Wolpe, *Pratique de la thérapie comportementale* (1975) [68], qui décrit la rapidité des présentations de scènes durant les séances de désensibilisation : « La durée d'une scène est généralement de l'ordre de 5 à 7 secondes » (p. 120) ; « si au début du traitement,

on ne peut guère faire au total plus de 8 à 10 présentations par séance, vers la fin on peut en faire 30 et même 50. La durée habituelle d'une séance de désensibilisation est de 15 à 30 minutes » (p. 119). D'ailleurs, les partisans de l'EMDR auraient intérêt à lire l'article princeps de madame Shapiro [69] qui fait explicitement référence à la désensibilisation comportementale et cite Wolpe dans ses références ; cet article présente un cas clinique de stress post-traumatique consécutif à un viol, guéri en une seule séance par ce qui n'est encore que l'EMD (*Eye Movement Desensitization*) ; la discussion de cet article montre que l'explication de l'effet du mouvement oculaire n'apparaît pas encore clairement à son auteur. Ce sera chose faite plus tard.

En tout cas, si l'on fait abstraction du charabia pseudo-scientifique qui l'entoure, l'EMDR aura permis d'étendre la pratique de la thérapie comportementale bien au-delà des cercles cognitivo-comportementalistes habituels. Un grand nombre de cliniciens, parfois de formation psychanalytique, pratiquent ainsi sans le savoir la thérapie comportementale. C'est sans doute la meilleure conséquence de l'EMDR pour les patients qui la reçoivent.

Pleine conscience, plein de bonheur

S'il est un mouvement religieux qui ne souffre pas la stigmatisation, c'est bien le bouddhisme, avec la publication régulière d'entretiens dans lesquels un artiste affirme avoir trouvé la « paix intérieure » à l'aide de cette pratique. Mais les gurus indiens ont disparu de la scène médiatique et le folklore a laissé place à une utilisation « laïque » et se voulant scientifique des techniques de méditation. Jon Kabat-Zinn, fondateur à la fin des années 1970 du centre de réduction du stress de l'Université du Massachusetts, est le principal artisan de ce mouvement et l'inventeur du programme de réduction du stress par la pleine conscience (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, MBSR) [70]. Cet auteur publia plusieurs séries de cas montrant le bénéfice de pratiques de la méditation tant pour des patients atteints de cancer, que dans le cas de la douleur chronique ou des troubles anxieux, ainsi que des ouvrages destinés au grand public qui sont devenus des best-sellers (où certains cas sont présentés comme de véritables miracles de la MBSR comme cette patiente opérée d'une tumeur qui ne présenta pas les récives précoces attendue ; et où l'auteur présente ses convictions d'un corps capable de se guérir lui-même). Au début des années 2000, il existait 240 centres pratiquant la MBSR aux États-Unis et en Europe, et un Centre de Mindfulness était créé à l'Université du Massachusetts afin de qualifier les praticiens de cette technique [71]. Pourtant, c'est

seulement à cette date que les premières études contrôlées sur l'efficacité de la MBSR furent publiées. Depuis une dizaine d'années, les travaux sur cette méditation « new-look » se sont multipliés ; en particulier pour montrer les corrélats physiologiques et neuronaux de la MBSR [72-74].

Le cœur de cette technique consiste en deux éléments : d'une part, un entraînement à focaliser de manière soutenue son attention sur un phénomène, par exemple sa respiration, et à refocaliser son attention après avoir été, inévitablement, perturbé par une pensée ou une autre sensation physique ; d'autre part, une prise de conscience non dirigée et se limitant à l'observation passive des pensées et des sentiments qui traversent l'esprit en s'abstenant de tout jugement de valeur, élaboration, interprétation, ou focalisation [75].

Les techniques de méditation ont récemment été incorporées dans les programmes de psychothérapie cognitive de prévention des rechutes dépressives (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*, MBCT). La méditation y est utilisée comme un moyen de lutter contre l'émergence des pensées automatiques négatives et d'empêcher les ruminations dépressogènes [76]. Quelques études contrôlées de bonne qualité ont montré l'efficacité de cette technique en supplément du traitement habituel [76] ou en comparaison avec un traitement préventif pharmacologique [77]. La dernière étude publiée compare la MBCT au traitement pharmacologique et à un bras placebo pour contrôler l'efficacité du traitement pharmacologique [78]. Les résultats montrent une efficacité de la MBCT du même ordre que celle du traitement de référence.

Cependant, la difficulté méthodologique pour l'évaluation de la MBCT est de concevoir un traitement placebo, une pseudo-méditation ressemblant suffisamment à la méditation, mais sans les procédures jugées thérapeutiques, afin de pouvoir véritablement isoler un effet propre d'un effet placebo. En effet, la pratique de la méditation est assez intensive ; durant 8 semaines, il faut pratiquer non seulement durant les séances de groupe hebdomadaires, mais aussi chez soi 45 minutes par jour. Il est possible que les personnes adhérant à cette technique bénéficient d'un effet placebo et les études menées jusqu'à présent ne permettent pas d'éliminer cette hypothèse avec certitude.

D'autre part, si la méditation paraît être un moyen de réguler ses émotions à une phase précoce, perceptive, en favorisant l'observation passive plutôt que de répondre aux stimuli, au contraire des techniques cognitives qui agissent plus en aval dans la phase évaluative du phénomène émotionnel [75], il semble qu'il faille atteindre une pratique intensive et prolongée de la méditation pour « automatiser » ces effets, de l'ordre d'au moins 5 ans [74].

Enfin, étant donné les effets bénéfiques sur la santé physique et mentale de personnes atteintes de troubles chroniques variés ainsi que chez les personnes saines, la question se pose d'intégrer cette pratique dans les soins plutôt que dans l'éducation.

L'accélération de l'extinction : une voie qui a de l'avenir

La médecine et la psychiatrie ont-elles cédé face à l'idéologie de l'efficacité et du productivisme ? L'impatience des personnes souffrantes est légitime et la recherche de traitements rapides ne fait pas qu'obéir à des impératifs économiques. Les psychothérapies comportementales ont introduit un véritable changement dans l'idée que l'on se faisait des traitements psychologiques : relativement brefs, ciblés sur un « symptôme », faisant l'impasse sur l'historicité du patient, utilisant des méthodes d'apparence simple basées sur l'exposition aux situations anxiogènes ; elles s'opposaient aux prises en charge longues et globales offertes par les méthodes psychodynamiques. Souvent, les tenants des thérapies cognitivo-comportementales proclament l'aspect scientifique de leurs méthodes, mais il faut bien admettre que les méthodes d'exposition n'ont pas vraiment évolué ces quarante dernières années. Cela va sans doute changer grâce à la curiosité de chercheurs nourrie par la recherche animale sur l'extinction de la peur et la translation appliquée de ces résultats à la clinique humaine.

En effet, de nombreuses expériences animales ont montré l'effet de modulateurs de la voie NMDA sur la mémoire et l'extinction des peurs conditionnées. C'est le cas de la D-cyclosérine, cet antituberculeux agoniste de la voie NMDA. Plusieurs équipes ont administré de faibles doses de D-cyclosérine à des patients avant de les soumettre à des séances d'exposition [79] ; les résultats montrent une réduction plus importante de l'anxiété avec cette prémédication par rapport à un placebo. Cet effet paraît persister dans le temps. Ces études ouvrent une nouvelle voie dans le traitement des troubles anxieux car il ne s'agit pas de la simple addition de deux moyens thérapeutiques mais d'une véritable interaction, le traitement pharmacologique catalysant l'effet de la psychothérapie. La D-cyclosérine n'est pas dépourvue d'effets secondaires [80] mais des protocoles d'exposition ainsi potentialisés ne nécessiteraient sans doute que quelques prises. Ces résultats ont stimulé la recherche de stimulants cognitifs au-delà du champ habituel des troubles démentiels.

« Il faut que l'imagination prenne trop pour que la pensée ait assez » (Gaston Bachelard, *L'Air et les Songes*, 1950)

Cet aperçu des innovations thérapeutiques en psychiatrie nous montre l'émergence ou la réapparition du paradigme de la plasticité cérébrale. Il semble possible de guider les processus d'auto-organisation du cerveau pour remédier à différents troubles mentaux, essentiellement des troubles anxieux et de l'humeur pour l'instant. Ce paradigme donne ses lettres de noblesse à l'hypothèse que la plupart des troubles mentaux sont des maladies fonctionnelles plutôt que lésionnelles ou dégénératives. Réapprenons donc au cerveau à fonctionner correctement. Tous les moyens sont bons, psychothérapie, pharmacothérapie, stimulation cérébrale plus ou moins profonde, et leur combinaison. Les risques ne sont pas les mêmes.

Si vous avez eu la patience de me suivre jusqu'ici, cher lecteur, vous avez sans doute remarqué que nombre de ces innovations thérapeutiques tournent autour de la voie glutamatergique. Ne serait-ce pas une nouvelle théorie mono-aminergique ? Le paradigme de la plasticité cérébrale a le mérite de renouveler l'espoir de remédier aux troubles mentaux qui sont l'une des principales causes de souffrance dans le monde et de stimuler l'inventivité des cliniciens et des chercheurs.

Références

1. Ruhé HG, Mason NS, Schene AH (2007) Mood is indirectly related to serotonin, norepinephrine and dopamine levels in humans: a meta-analysis of monoamine depletion studies. *Mol Psychiatr* 12: 331-59.
2. Evers EA, Sambeth A, Ramaekers JG *et al.* (2010) The effects of acute tryptophan depletion on brain activation during cognition and emotional processing in healthy volunteers. *Curr Pharm Des* 16: 1998-2011.
3. Coppen A, Shaw DM, Farrell JP (1963) Potentiation of the antidepressive effect of a monoamine-oxidase inhibitor by tryptophan. *Lancet* 1 (7272): 79-81.
4. Parker G, Brotchie H (2011) Mood effects of the amino acids tryptophan and tyrosine: 'Food for Thought' III. *Acta Psychiatr Scand* 124: 417-26.
5. Muldoon MF, Manuck SB, Matthews KA (1990) Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials. *BMJ* 301: 309-14.
6. Lester D (2002) Serum cholesterol levels and suicide: a meta-analysis. *Suicide Life Threat Behav* Fall 32: 333-46.
7. Muldoon MF, Manuck SB, Mendelsohn AB *et al.* (2001) Cholesterol reduction and non-illness mortality: meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 322: 11-5.
8. Hibbeln JR, Salem N Jr (1995) Dietary polyunsaturated fatty acids and depression: when cholesterol does not satisfy. *Am J Clin Nutr* 62: 1-9.

9. Hibbeln JR (1998) Fish consumption and major depression. *Lancet* 351: 1213.
10. Noaghiul S, Hibbeln JR (2003) Cross-national comparisons of seafood consumption and rates of bipolar disorders. *Am J Psychiatr* 160: 2222-7.
11. Appleton KM, Rogers PJ, Ness AR (2010) Updated systematic review and meta-analysis of the effects of n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids on depressed mood. *Am J Clin Nutr* 91: 757-70.
12. Martins JG (2009) EPA but not DHA appears to be responsible for the efficacy of omega-3 long chain polyunsaturated fatty acid supplementation in depression: evidence from a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Coll Nutr* 28: 525-42.
13. Hibbeln JR, Nieminen LR, Blasbalg TL *et al.* (2006) Healthy intakes of n-3 and n-6 fatty acids: estimations considering worldwide diversity. *Am J Clin Nutr* 83 (6 Suppl): 1483S-1493S.
14. FDA Announces Qualified Health Claims for Omega-3 Fatty Acids (2004). <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2004/ucm108351.htm>.
15. Rissanen T, Voutilainen S, Nyssönen K *et al.* (2000) Fish oil-derived fatty acids, docosahexaenoic acid and docosapentaenoic acid, and the risk of acute coronary events: the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *Circulation* 102: 2677-9.
16. DeFilippis AP, Sperling LS (2006) Understanding omega-3's. *Am Heart J* 151: 564-70.
17. Moniz E (1937) Prefrontal leucotomy in the treatment of mental disorders. *Am J Psychiatry* 93: 1379-85.
18. Bini L (1938) Experimental researches on epileptic attacks induced by the electric current. The treatment of schizophrenia: insulin, shock, cardiozol, sleep treatment. *Am J Psychiatry* 94 (Suppl): 172-4.
19. Tooth JC, Newton MP (1961) Leucotomy in England and Wales 1942-1954. Reports on public health and medical subjects. Report No.: 104. Her Majesty's Stationery Office, London.
20. Andrade P, Noblesse LH, Temel Y *et al.* (2010) Neurostimulatory and ablative treatment options in major depressive disorder: a systematic review. *Acta Neurochir (Wien)* 152: 565-77.
21. Slotema CW, Blom JD, Hoek HW, Sommer IE (2010) Should we expand the toolbox of psychiatric treatment methods to include Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)? A meta-analysis of the efficacy of rTMS in psychiatric disorders. *J Clin Psychiatr* 71: 873-84.
22. Nauczyciel C, Hellier P, Morandi X *et al.* 2011 Assessment of standard coil positioning in transcranial magnetic stimulation in depression. *Psychiatry Res* 186: 232-8.
23. Hoogendam JM, Ramakers GM, Di Lazzaro V (2010) Physiology of repetitive transcranial magnetic stimulation of the human brain. *Brain Stimul* 3: 95-118.
24. Huerta PT, Volpe BT (2009) Transcranial magnetic stimulation, synaptic plasticity and network oscillations. *J Neuroeng Rehabil* 6: 7.
25. Cheeran B, Talelli P, Mori F *et al.* (2008) A common polymorphism in the brain-derived neurotrophic factor gene (BDNF) modulates human cortical plasticity and the response to rTMS. *J Physiol* 586(Pt 23): 5717-25.

26. Paulus W, Classen J, Cohen LG *et al.* (2008) State of the art: Pharmacologic effects on cortical excitability measures tested by transcranial magnetic stimulation. *Brain Stimul* 1: 151-63.
27. Nowak DA, Bösl K, Podubecká J, Carey JR (2010) Noninvasive brain stimulation and motor recovery after stroke. *Restor Neurol Neurosci* 28: 531-44.
28. Málly J, Stone TW (2007) New advances in the rehabilitation of CNS diseases applying rTMS. *Expert Rev Neurother* 7: 165-77.
29. Elger G, Hoppe C, Falkai P *et al.* (2000) Vagus nerve stimulation is associated with mood improvements in epilepsy patients. *Epilepsy Res* 42: 203-10.
30. Henry TR, Bakay RA, Votaw JR *et al.* (1998). Brain blood flow alterations induced by therapeutic vagus nerve stimulation in partial epilepsy: I. Acute effects at high and low levels of stimulation. *Epilepsia* 39: 983-90.
31. Rush AJ, Marangell LB, Sackeim HA *et al.* (2005) Vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression: a randomized, controlled acute phase trial. *Biol Psychiatr* 58: 347-54.
32. Sackeim HA, Brannan SK, Rush AJ *et al.* (2007) Durability of antidepressant response to vagus nerve stimulation (VNS). *Int J Neuropsychopharmacol* 10: 817-26.
33. George MS, Aston-Jones G (2010) Noninvasive techniques for probing neurocircuitry and treating illness: vagus nerve stimulation (VNS), transcranial magnetic stimulation (TMS) and transcranial direct current stimulation (tDCS). *Neuropsychopharmacology* 35: 301-16.
34. Mayberg HS, Lozano AM, Voon V *et al.* (2005) Deep brain stimulation for treatment-resistant depression. *Neuron* 45: 651-660.
35. Lozano AM, Mayberg HS, Giacobbe P, Hamani C, Craddock RC, Kennedy SH (2008) Subcallosal cingulate gyrus deep brain stimulation for treatment-resistant depression. *Biol Psychiatr* 64: 461-7.
36. Malone DA Jr, Dougherty DD, Rezai AR *et al.* (2009) Deep brain stimulation of the ventral capsule/ventral striatum for treatment-resistant depression. *Biol Psychiatr* 65: 267-75.
37. Bewernick BH, Hurlmann R, Matusch A *et al.* (2010) Nucleus accumbens deep brain stimulation decreases ratings of depression and anxiety in treatment-resistant depression. *Biol Psychiatr* 67: 110-6.
38. Ackermans L, Duits A, van der Linden C *et al.* (2011) Double-blind clinical trial of thalamic stimulation in patients with Tourette syndrome. *Brain* 134(Pt 3): 832-44.
39. Voon V, Krack P, Lang AE *et al.* (2008) A multicentre study on suicide outcomes following subthalamic stimulation for Parkinson's disease. *Brain* 131(Pt 10): 2720-8.
40. Zarate CA Jr, Singh JB, Carlson PJ *et al.* (2006) A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant major depression. *Arch Gen Psychiatr* 63: 856-64.
41. Zarate CA Jr, Singh JB, Quiroz JA *et al.* (2006) A double-blind, placebo-controlled study of memantine in the treatment of major depression. *Am J Psychiatr* 163: 153-5.
42. Zarate C Jr, Machado-Vieira R, Henter I *et al.* (2010) Glutamatergic modulators: the future of treating mood disorders? *Harv Rev Psychiatr* 18: 293-303.
43. Crane GE (1959): Cycloserine as an antidepressant agent. *Am J Psychiatry* 115:1025-1026.

44. Vale S, Espejel MA, Dominguez JC (1971) Amantadine in depression. *Lancet* 2(7721): 437.
45. Trullas R, Skolnick P (1990) Functional antagonists at the NMDA receptor complex exhibit antidepressant actions. *Eur J Pharmacol* 185: 1-10.
46. Davis BL (1982) The PCP epidemic: a critical review. *Int J Addict* 17: 1137-55.
47. Berman RM, Cappiello A, Anand A *et al.* (2000) Antidepressant effects of ketamine in depressed patients. *Biol Psychiatr* 47: 351-4.
48. Aan het Rot M, Collins KA, Murrough JW *et al.* (2010) Safety and efficacy of repeated-dose intravenous ketamine for treatment-resistant depression. *Biol Psychiatr* 67: 139-45.
49. Szuba MP, Baxter LR Jr, Altshuler LL *et al.* (1994) Lithium sustains the acute antidepressant effects of sleep deprivation: preliminary findings from a controlled study. *Psychiatr Res* 51: 283-95.
50. Wu JC, Kelsoe JR, Schachat C *et al.* (2009) Rapid and sustained antidepressant response with sleep deprivation and chronotherapy in bipolar disorder. *Biol Psychiatr* 66: 298-301.
51. Wu JC, Buchsbaum M, Bunney WE Jr (2001) Clinical neurochemical implications of sleep deprivation's effects on the anterior cingulate of depressed responders. *Neuropsychopharmacology* 25(5 Suppl): S74-8.
52. Gujar N, Yoo SS, Hu P, Walker MP (2011) Sleep deprivation amplifies reactivity of brain reward networks, biasing the appraisal of positive emotional experiences. *J Neurosci* 31: 4466-74.
53. Cirelli C (2002) How sleep deprivation affects gene expression in the brain: a review of recent findings. *J Appl Physiol* 92: 394-400.
54. Ameisen O (2008) *Le dernier verre*. Paris : Denoël.
55. Colombo G, Agabio R, Carai MA *et al.* (2000) Ability of baclofen in reducing alcohol intake and withdrawal severity: I--Preclinical evidence. *Alcohol Clin Exp Res* 24: 58-66.
56. Addolorato G, Caputo F, Capristo E *et al.* (2000) Ability of baclofen in reducing alcohol craving and intake: II--Preliminary clinical evidence. *Alcohol Clin Exp Res* 24: 67-71.
57. Addolorato G, Caputo F, Capristo E *et al.* (2002) Baclofen efficacy in reducing alcohol craving and intake: a preliminary double-blind randomized controlled study. *Alcohol Alcohol* 37: 504-8.
58. Addolorato G, Leggio L, Ferrulli A *et al.* (2007) Effectiveness and safety of baclofen for maintenance of alcohol abstinence in alcohol-dependent patients with liver cirrhosis: randomised, double-blind controlled study. *Lancet* 370: 1915-22.
59. Tyacke RJ, Lingford-Hughes A, Reed LJ, Nutt DJ (2010) GABAB receptors in addiction and its treatment. *Adv Pharmacol* 58: 373-96.
60. Edwards S, Kenna GA, Swift RM, Leggio I (2011) Current and promising pharmacotherapies, and novel research target areas in the treatment of alcohol dependence: a review. *Curr Pharm Des* 17: 1323-32.
61. Froestl W (2010) Chemistry and pharmacology of GABAB receptor ligands. *Adv Pharmacol* 58: 19-62.
62. Ameisen O (2005) Complete and prolonged suppression of symptoms and consequences of alcohol-dependence using high-dose baclofen: A self case-report of a physician. *Alcohol Alcohol* 40:47-50.

63. Ameisen O, de Beaurepaire R (2010) Suppression de la dépendance à l'alcool et de la consommation d'alcool par le baclofène à haute dose : un essai en ouvert. *Ann Méd Psy* 168 : 159-62.
64. INSERM (2004) Psychothérapie, trois approches évaluées. Paris : Éditions Inserm.
65. Herbert J, Lilienfeld S, Lohr J *et al.* (2000) Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: implications for clinical psychology. *Clin Psychol Rev* 20: 945-71.
66. Davidson PR, Parker KC (2001) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 69: 305-16.
67. Samara Z, Elzinga BM, Slagter HA, Nieuwenhuis S (2011) Do Horizontal Saccadic Eye Movements Increase Interhemispheric Coherence? Investigation of a Hypothesized Neural Mechanism Underlying EMDR. *Front Psychiatry* 9: 4.
68. Wolpe J (1975) *Pratique de la thérapie comportementale*. Paris : Masson.
69. Shapiro F (1989) Eye movement desensitization procedure: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *J Behav Ther Experiment Psychiatr* 20: 211-7.
70. Kabat-Zinn J (1990) *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Bantam Doubleday.
71. Bishop SR (2002) What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosom Med* 64: 71-83.
72. Fjorback LO, Arendt M, Ornbøl E *et al.* (2011) Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy – a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand* 124: 102-19.
73. Chiesa A, Calati R, Serretti A (2011) Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clin Psychol Rev* 31: 449-64.
74. Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ (2008) Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci* 12: 163-9.
75. Chambers R, Gullone E, Allen NB (2009) Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clin Psychol Rev* 29: 560-72.
76. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM *et al.* (2000) Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 68: 615-23.
77. Kuyken W, Byford S, Taylor RS *et al.* (2008) Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol* 76: 966-78.
78. Segal ZV, Bieling P, Young T *et al.* (2010) Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatr* 67: 1256-64.
79. Norberg MM, Krystal JH, Tolin DF (2008) A meta-analysis of D-cycloserine and the facilitation of fear extinction and exposure therapy. *Biol Psychiatr* 63: 1118-26.
80. Lewis WC, Calden G, Thurston JR, Gilson WE (1957) Psychiatric and neurological reactions to cycloserine in the treatment of tuberculosis. *Dis Chest* 32: 172-82.

Aude van EFFENTERRE

Quelle que soit la spécialité médicale, la différence entre la notion d'enseignement et celle de formation mérite d'être développée. L'enseignement, ou acquisition de savoir et de connaissances, peut se faire dans le cadre de l'université ; la formation, elle, relève d'une expérience qui s'acquiert par la pratique clinique et non sur les bancs d'une faculté ou dans des livres et manuels de médecine.

Le psychiatre en formation doit recevoir enseignement et formation, l'un permettant une démarche médicale visant à repérer une symptomatologie et à poser un diagnostic, l'autre une démarche plus subjective afin de percevoir et de penser le psychisme du patient et ce qui se joue dans la relation avec lui [1]. L'ensemble de ces deux démarches garantit une prise en charge de qualité basée sur des connaissances et adaptée à la dimension relationnelle et subjective du patient et du psychiatre.

Ce chapitre est l'occasion de décrire la (voire les) formation(s) des internes de psychiatrie en France ainsi que certaines expériences européennes, puis d'envisager quelques-unes des pistes d'amélioration nécessaires à une formation de qualité.

Aude van EFFENTERRE ✉

Interne DES de Psychiatrie, Présidente de l'AFFEP 2010-2012

Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, 75651 PARIS Cedex 13

9. « Depuis la rédaction de ce chapitre en mars 2011, plusieurs éléments ont changé. L'amphi de garnison qui accueillait chaque année les futurs internes au mois de septembre pour leur choix de ville d'internat et de spécialité a été remplacé par un choix en ligne ; par ailleurs, plusieurs cliniques privées localisées dans différentes régions françaises ont reçu l'agrément de stage pour accueillir des internes de psychiatrie ; enfin, les rapports ministériels ont été rendus mais leurs éventuelles conséquences et modalités pratiques d'application restent encore méconnues. »

Formation de base

L'externat, les ECN

Mois de septembre, Lognes en région parisienne. Chaque année, au mois de septembre, les futurs internes tout juste sortis des Épreuves Classantes Nationales (ECN) sont réunis dans un amphithéâtre à Lognes, en région parisienne, afin de choisir la spécialité et la ville dans laquelle ils feront leur internat. En effet, une fois les épreuves passées, les futurs internes sont convoqués, en fonction de leur rang de classement aux ECN, dans le fameux « amphi de garnison » pour effectuer leur choix. En 2010, 367 postes de psychiatrie répartis dans les différentes régions étaient proposés. Le choix de l'internat de psychiatrie se fait après 6 années d'études de médecine durant lesquelles la formation en psychiatrie est relativement succincte : la psychiatrie représente seulement 21 des 350 items des ECN et le stage en psychiatrie durant l'externat n'est pas obligatoire dans la grande majorité des facultés.

Entre la fin de l'externat et le début d'une activité de docteur en médecine, le futur psychiatre dispose de 4 années d'internat pour acquérir des connaissances et une pratique lui permettant d'exercer sa spécialité en pleine responsabilité.

Les acteurs de la formation

Avant de développer la formation des internes en psychiatrie, revenons sur les acteurs de cette formation. En psychiatrie comme dans les autres spécialités, elle dépend de plusieurs ministères : celui du Travail, de l'Emploi et de la Santé qui a pour objectifs d'assurer la meilleure offre de soins possible en termes quantitatifs et qualitatifs, et celui de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, chargé de la définition des diverses modalités de formation et de structuration de la recherche. Le Collège National des Universitaires de Psychiatrie (CNUP) est impliqué dans la mise en place et l'organisation de la formation des internes de psychiatrie. Ce collège, qui fédère l'ensemble des universitaires de psychiatrie, a pour rôle d'établir avec les représentants des internes la maquette de psychiatrie et de veiller à son application dans les différentes villes. Comme nous le verrons par la suite, la formation est principalement organisée par régions et inter-régions, avec comme principaux acteurs : les coordonnateurs régionaux, responsables de l'enseignement dans leur région, les coordonnateurs interrégionaux, chargés de la coordination de la formation dans leur inter-région et les

Agences Régionales de Santé (ARS), responsables de la répartition des stages sur le territoire.

Les internes sont représentés par deux instances nationales : l'Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH), qui regroupe l'ensemble des internes toutes spécialités confondues en dehors de la médecine générale et doit défendre les droits et les revendications des internes au niveau ministériel ; l'Association Française Fédérative des Etudiants en Psychiatrie (AFFEP), créée en 1998 et devenue une fédération d'associations en 2007, qui fédère les 26 associations régionales d'internes en psychiatrie, avec pour principal objectif d'améliorer la formation en travaillant avec les différentes instances concernées : ministérielles, universitaires et syndicales. Les internes sont aussi regroupés en associations régionales (il en existe une dans chaque ville universitaire française) qui les représentent auprès des coordonnateurs et des ARS.

Le DES de psychiatrie

En France, la formation de base repose, comme dans toutes les spécialités, sur un Diplôme d'Études Spécialisées (DES) dont les modalités ont été publiées dans le *Bulletin Officiel* n° 39 du 28 octobre 2004. Il comporte une formation théorique et pratique d'une durée de 4 ans (tableau I).

Il est important de noter que le DES de psychiatrie français regroupe, contrairement à d'autres pays européens, en une seule et même filière la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte.

Une autre particularité du DES est d'être, non pas national, mais organisé par régions, elles-mêmes regroupées en inter-régions (tableau II).

Formation théorique

Chaque région, sous la responsabilité de son coordonnateur de DES, décide de la façon de décliner le programme officiel et de définir les modalités pratiques de la formation, basées essentiellement sur la participation à des séminaires et à des journées de formation. Il est important de préciser que le terme « séminaire » regroupe plusieurs modalités d'enseignement (cours théoriques, cas cliniques, études de textes, etc.). Nous y reviendrons ultérieurement.

Le nombre et la diversité des séminaires proposés varient en fonction des régions. Ils sont consacrés à tous les domaines de la psychiatrie, de l'histoire de la psychiatrie aux différents courants psychothérapeutiques, en passant par la pharmacologie, le droit ou encore l'éthique, l'addictologie, la psychiatrie du nourrisson ou du sujet âgé, etc.

Tableau I – Diplôme d'études spécialisées de psychiatrie
(*Bulletin Officiel* n° 39 du 28 octobre 2004).

Diplôme d'études spécialisées de psychiatrie, durée : 4 ans
I - Enseignements (250 heures environ)
A) Enseignements généraux
– Méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins et de la recherche clinique et épidémiologique en psychiatrie
– Organisation, gestion, éthique, droit et responsabilité médicale en psychiatrie
B) Enseignements spécifiques
– Développement et physiologie du système nerveux
– Principes de génétique appliqués à la psychiatrie
– Pharmacologie (métabolisme, posologie, action et toxicité) des médicaments usuels en psychiatrie
– Neurobiologie des comportements
– Histoire de la psychiatrie et évolution des concepts
– Modèles théoriques de référence : biologique et neuro-anatomique, comportemental et cognitif, psychanalytique, systémique, etc.
– Critères de diagnostic et classification des maladies mentales
– Épidémiologie, sémiologie descriptive et psychopathologie des grands syndromes psychiatriques de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de la personne âgée
– Grands cadres sémiologiques et nosologiques en neurologie
– Toxicomanies et dépendances
– Thérapeutiques biologiques, socio-éducatives, institutionnelles ; psychothérapies et thérapies familiales
– Organisation et prise en charge des urgences psychiatriques
– Psychiatrie légale
II - Formation pratique
A) Quatre semestres dans des services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de psychiatrie, dont au moins un doit être accompli dans un service hospitalo-universitaire ou conventionné. Ces semestres doivent être effectués dans au moins deux services ou départements différents.
B) Deux semestres dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
C) Deux semestres dans des services agréés pour d'autres diplômes d'études spécialisées ou diplômes d'études spécialisées complémentaires que le diplôme d'études spécialisées complémentaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

On voit donc que l'organisation du DES par régions et inter-régions entraîne une grande diversité des formations, en lien notamment avec les principaux courants de pensées qui animent et ont animé les différents lieux de soins psychiatriques de la région. Cette diversité constitue

à la fois une richesse et une faiblesse, richesse à l'échelle nationale permettant à notre pays d'être ouvert à toutes les orientations de la psychiatrie, faiblesse à l'échelon local avec un double risque : celui d'une formation privilégiant certains courants au détriment des autres et celui de l'inégalité de la qualité de la formation.

Par ailleurs, en pratique, la participation aux séminaires impose des contraintes organisationnelles et financières. En effet, d'une part les 2 demi-journées de formation auxquelles les internes ont droit sur les 11 demi-journées de travail hebdomadaire (article R.6153-2 du Code de la Santé Publique) ne sont pas toujours respectées, la pénurie de PH (1 000 postes vacants actuellement en France) et la surcharge de travail dans certains stages pouvant expliquer mais ne justifiant pas le regrettable non-respect de cette réglementation. D'autre part, au plan financier, l'organisation interrégionale de certains séminaires impose à une partie des internes des frais supplémentaires de déplacement et de logement.

Tableau II – DES de psychiatrie, régions et inter-régions.

Île-de-France	Île-de-France
Nord-Est	Strasbourg - Nancy - Besancon - Dijon - Reims
Nord-Ouest	Rouen - Caen - Lille - Amiens
Rhône-Alpes Auvergne	Grenoble - Lyon - Saint-Etienne - Clermont-Ferrand
Ouest	Angers - Brest - Rennes - Nantes - Tours - Poitiers
Sud	Aix-Marseille - Nice - Montpellier
Sud-Ouest	Océan Indien - Bordeaux - Toulouse - Limoges
Antilles-Guyane	Antilles-Guyane

Formation pratique

La formation pratique est organisée sous forme de stages d'une durée de 6 mois qui permettent à l'interne de prendre en charge des patients et d'observer ses aînés travailler. Ces deux aspects de la formation sont particulièrement importants, le premier permettant l'apprentissage de l'exercice de la psychiatrie, l'autre donnant l'occasion à l'interne, grâce au jeu d'identification et de contre-identification aux psychiatres qu'il rencontre dans ses stages, de trouver une façon qui lui est propre d'exercer [1]. C'est aussi lors de ces stages que l'interne peut appréhender l'importance de la dimension institutionnelle dans la prise en charge du patient.

Le BO de 2004 précise que deux de ces stages doivent être effectués en « hors filière » c'est-à-dire dans une autre spécialité que la psychiatrie. Il existe, fort heureusement, un moratoire sur l'application de ce texte officiel, aucune ville n'imposant à ses internes d'effectuer ces deux stages en hors filière : certaines requièrent un stage, mais la majorité laisse le choix libre à l'interne. Ces deux semestres hors filières obligatoires ne sont ni souhaitables, ni applicables, pour plusieurs raisons : réduction du nombre de semestres de psychiatrie à 6 (et non 8) ce qui est insuffisant pour une formation de qualité, inutilité pour la majorité des internes de ces stages hors filières (il n'existe qu'une minorité d'internes ayant un intérêt spécifique pour une autre spécialité : pédiatrie, neurologie, médecine légale... au point de vouloir faire un semestre entier en hors filière) et enfin réduction de 25 % du nombre d'internes dans les services de psychiatrie non compensée par des internes d'autres spécialités (en reconnaissant toutefois que cet argument est moins d'actualité depuis l'augmentation du nombre d'internes de psychiatrie).

Par ailleurs, le cursus du DES de psychiatrie comporte une formation obligatoire à la pédopsychiatrie basée sur un nombre de séminaires (variable selon les villes) à valider et deux semestres de stages en pédopsychiatrie à effectuer.

L'interne choisit, en fonction de son ancienneté et de son classement aux ECN, ses terrains de stages parmi les services agréés par les ARS. En dehors des deux semestres obligatoires en pédopsychiatrie, et de la question du hors filière évoquée précédemment, il y a aussi l'obligation d'effectuer un semestre en Centre Hospitalo-universitaire (CHU). Le reste des stages s'effectue selon le choix de l'interne, ce qui lui permet de découvrir différents types d'exercice (psychiatrie intra- ou extra-hospitalière, psychiatrie de secteur, psychiatrie de liaison et d'urgence, unité mère-bébé, unités pour malades difficiles, etc.), différentes orientations (neurobiologiques, analytiques, systémiques, etc.) et différentes pathologies (services spécialisés dans les addictions, dans les troubles du comportement alimentaire, etc.).

La question du stage en cabinet libéral, à l'image du « stage chez le praticien » proposé aux internes en médecine générale, a aussi été débattue avec les internes et avec l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé (AFPEP), lors de leur congrès de 2010. Une très grande majorité des 90 internes interrogés seraient favorables à l'idée d'effectuer un stage en cabinet libéral, afin de découvrir un autre type d'exercice de la psychiatrie et une autre modalité de la relation médecin-patient [2]. Cette question n'est pas d'actualité dans la formation, mais l'idée d'une expérience facultative en cabinet libéral d'une ou deux après-midi par semaine pendant 6 mois ou 1 an en parallèle du stage hospitalier pourrait être un complément de formation utile et enrichissant pour

les internes. Les psychiatres libéraux de l'AFPEP y sont aussi favorables, voyant ainsi l'occasion d'enrichir leur pratique. C'est par exemple ce qui s'est mis en place à Vannes, où des internes inscrits à un séminaire sur la « psychiatrie de ville » découvrent ainsi le travail en cabinet libéral. Même s'il ne s'agit pas de la même modalité d'enseignement, c'est aussi ce que choisissent de faire un certain nombre d'internes grâce aux remplacements qui sont autorisés dès l'obtention de la licence de remplacement (après la validation du 5^e semestre d'internat) et qui leur permettent d'avoir une activité libérale.

Par ailleurs, la question d'un stage dans le secteur médico-social se pose. Il existe actuellement un nombre infime de structures médico-sociales accueillant des internes, alors que ce secteur assure plus de 150 000 consultations psychiatriques par an et accueille de façon ambulatoire, semi résidentielle ou résidentielle plus de 250 000 patients. Il paraît particulièrement important qu'un plus grand nombre de postes d'internes soient ouverts dans ce domaine.

Enfin, la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires (HPST) prévoit l'ouverture de postes validant pour le DES dans des établissements privés qui pourrait être d'actualité dès la rentrée 2011. Cette ouverture permettrait d'augmenter le nombre de lieux de stages pour certaines spécialités qui en ont besoin et donnerait l'occasion de découvrir une pratique à laquelle certains se destineront. Cependant, de nombreuses réserves sont émises par les internes de psychiatrie et concernent avant tout la crainte d'une moins bonne qualité de formation et d'encadrement. En effet, on peut se demander si la diversité des pathologies et des modes d'exercice de la psychiatrie (liaison, urgences, unité fermée, etc.) rencontrées à l'hôpital est équivalente en clinique privée. Par ailleurs, la formation des internes inclut la participation, ou au moins l'ouverture, à des activités de recherche, la présentation de cas cliniques aux autres membres du service, la transmission aux plus jeunes, externes et autres stagiaires par exemple, opportunités qui n'existent que peu ou pas dans les cliniques psychiatriques privées.

Enfin, le fait que les internes puissent effectuer des remplacements en clinique privée dès l'obtention de la licence de remplacement leur permet déjà la découverte de ce type d'exercice.

Validation

La validation du DES repose pour tous les internes sur la validation des 8 semestres d'internat, la participation à un certain nombre de séminaires, l'obtention de la thèse de médecine, et pour la majorité sur la rédaction d'un mémoire. D'autres modalités s'y ajoutent dans certaines régions.

La thèse de médecine, soutenue le plus souvent en fin d'internat (mais faisable dès le 3^e semestre), est l'étape incontournable de la vie de tout médecin, donnant le titre de Docteur en médecine. Dans la grande majorité des régions, chaque interne doit, en outre, rédiger et soutenir un mémoire. À nouveau, il existe des différences en fonction des régions ou inter-régions : mémoire de recherche dans l'inter-région Nord-Ouest, mémoire clinique durant les trois premières années dans l'inter-région Ouest, choix libre entre mémoire clinique, mémoire de recherche et revue de la littérature dans l'inter-région Grand Est, etc. Enfin, dans d'autres villes, comme Lyon et Grenoble, les internes ont un examen oral et écrit à passer en fin de 2^e année d'internat.

La question de la validation du DES est souvent source de divergences entre les internes et les enseignants, entre les tenants d'une formation qui se résumerait à l'acquisition passive de connaissances et les tenants d'une formation qui donnerait l'occasion à l'interne d'apporter sa touche de créativité.

Ainsi, la validation par un système d'évaluation des connaissances, qu'elle soit orale ou écrite, ne serait-elle pas réductrice et regrettable au regard de la complexité du métier de psychiatre et de la multiplicité et diversité des connaissances ? L'ensemble des études de médecine est basé sur ce type d'évaluation qui ne paraît guère adapté lorsqu'il s'agit de prendre en charge des patients, de les accompagner dans leurs difficultés, de travailler en équipe, etc. Il serait à nouveau particulièrement important que soit encouragée la créativité de l'interne, aussi bien au sein des services où il travaille, qu'à travers les écrits qu'il produit, où encore par le dynamisme qu'il peut impulser auprès de la vie associative ou universitaire locale. Pourquoi la création d'ateliers thérapeutiques, l'organisation de journées de formation, ne seraient-elles pas, par exemple, encouragées au sein du DES et ne feraient-elles pas l'objet d'une des modalités de validation de celui-ci ?

Formations complémentaires spécialisées

Après avoir étudié la formation de base du DES de psychiatrie, tournons-nous maintenant vers les formations complémentaires facultatives délivrées par l'université. Celles-ci sont représentées principalement par les Diplômes d'Études Spécialisées Complémentaires (DESC), les Diplômes Universitaires (DU) et Diplômes Interuniversitaires (DIU).

Les DESC sont des formations facultatives venant compléter le DES. Il en existe deux types, les DESC de type 1, non qualifiants, c'est-à-dire apportant une compétence, et les DESC de type 2, qui concernent

principalement les chirurgiens et sont dits qualifiants, c'est-à-dire donnant lieu à un exercice exclusif.

En psychiatrie, les DESC sont de type 1. Il en existe deux actuellement : addictologie et pédopsychiatrie, deux autres diplômes pourraient voir le jour et paraissent importants compte tenu de l'évolution de notre société : psychiatrie du sujet âgé et psychiatrie médico-légale.

DESC d'addictologie

Le 20 octobre 1999, est paru au *Journal Officiel* le texte modifiant l'arrêté du 4 mai 1988 relatif à la réglementation des DESC, ajoutant à la liste des diplômes existants celui d'addictologie. Ceci a ainsi marqué la reconnaissance officielle d'une nouvelle discipline et d'un champ de compétences spécifique (comme avait été reconnu 20 ans plus tôt celui de la pédopsychiatrie) et a concrétisé, au niveau de la formation, la politique nationale impulsée par la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT).

L'accès à ce diplôme est direct pour les internes en cours de DES de psychiatrie, gastro-entérologie et hépatologie, médecine interne, médecine du travail, neurologie, santé publique et médecine sociale. La formation est organisée sur 2 ans et comporte six modules théoriques et 2 années de stages (2 semestres en cours d'internat et 2 semestres en tant qu'attaché, assistant ou chef de clinique assistant dans un service validant en post-internat).

Le DESC est validé à la fois par l'assiduité aux cours théoriques, la validation des 4 semestres d'addictologie et la soutenance d'un mémoire en fin de deuxième année. Les mémoires sont organisés au niveau régional ou interrégional et doivent être établis sous la forme d'un article publiable.

DESC de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Le DESC de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est une formation permettant d'approfondir ses connaissances dans ce domaine si spécifique, mais n'est pas nécessaire *stricto sensu* pour exercer en tant que pédopsychiatre puisque 2 semestres de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sont obligatoires dans le cursus de tout psychiatre. S'agissant d'un DESC de type 1, ce diplôme n'empêche nullement de travailler par la suite en tant que psychiatre d'adultes et représente par ailleurs un atout supplémentaire pour obtenir un poste de chef de clinique ou assistant dans un service spécialisé de pédopsychiatrie. La formation débute en général la dernière année d'internat et s'étend sur la première, voire la deuxième année du clinicat ou de l'assistanat.

Il existe plusieurs DESC de pédopsychiatrie dont les modalités d'enseignement diffèrent. D'un point de vue théorique, il s'agit le plus souvent de valider quatre séminaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (différents de ceux ayant servi à valider le DES), un séminaire de pédiatrie (en général fléché et listé au secrétariat du coordinateur de DESC local) et un mémoire de DESC.

Au plan pratique, la formation comporte en plus des stages du DES, 1 an dans un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et 6 mois dans un service de pédiatrie (ce stage est parfois remplacé par la participation à des consultations ou par un stage de 6 mois en pédopsychiatrie de liaison).

DESC de psychiatrie du sujet âgé

La question d'une formation spécifique à la psychiatrie du sujet âgé revêt une importance particulière. Un DESC est en préparation et est vivement souhaité par les psychiatres travaillant auprès des personnes âgées dont la prise en charge diffère en de multiples points de celle du patient adulte plus jeune (sémiologie spécifique, intrication avec les pathologies somatiques plus fréquentes, tolérance différente aux médicaments, isolement social fréquent, aspects institutionnels, etc.). Dans la majorité des pays européens (Royaume-Uni, Finlande, Suisse, Roumanie, Espagne...), la psychiatrie du sujet âgé est considérée comme une sous-spécialité au même titre que la pédopsychiatrie [3].

DESC de psychiatrie médico-légale

La création d'un tel DESC se justifie par les liens étroits que la psychiatrie entretient avec le droit, et notamment avec la notion d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, et par la fréquence des problèmes médico-légaux qui en découlent. Par ailleurs, la pratique psychiatrique peut également s'exercer dans des milieux ou des domaines particuliers : milieu pénitentiaire (Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires – UCSA, Services Médico-Psychologiques Régionaux – SMPR, etc.), Unités pour Malades Difficiles (UMD), prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles, pour lesquels un enseignement spécifique semble nécessaire (expertises, recherche en psycho-criminologie clinique et en victimologie, etc.). Ce DESC est par ailleurs particulièrement important en raison de la diminution actuelle du nombre d'experts psychiatres alors même que les besoins vont croissant.

Diplômes Universitaires (DU) et Interuniversitaires (DIU)

Parmi les enseignements délivrés par l'université, les Diplômes Universitaires et Interuniversitaires sont des formations supplémentaires, payantes, auxquelles les internes peuvent participer. Ils sont nombreux et couvrent des thématiques très diverses aussi bien dans le domaine de la psychiatrie que dans d'autres domaines.

Formation à la recherche

Une initiation à la recherche existe dans certaines villes sous forme de séminaires mais la formation peut être complétée de façon facultative par les masters de recherche, intitulés Master 1 (M1) et Master 2 (M2) et s'effectuant sur deux années. Dans le cursus universitaire classique, le master fait suite à une licence, mais les étudiants en médecine ont la possibilité d'accéder directement au M1, sans licence préalable. Les masters de recherche (M2R) se font après l'obtention du M1 et sont nécessaires pour mener un projet de recherche dans le cadre de la préparation d'une thèse comme doctorant. L'AFFEP a mené en 2009 une enquête sur les M2R durant l'internat [4] ; 603 internes, soit 45 % ont répondu à l'enquête. Les résultats ont montré qu'un nombre non négligeable d'internes font un master de recherche durant leur internat. Ainsi, parmi les internes de 4^e année, 25 % ont effectué un M2R (il existe probablement une surestimation puisqu'on peut supposer que les internes intéressés par la recherche ont d'avantage participé à l'enquête). Près de la moitié de ces masters ont été réalisés dans le domaine des neurosciences, les autres se répartissant majoritairement entre les sciences humaines (12 %), la neuropsychologie (9 %), la psychopathologie (8 %) et la psychanalyse (5 %) (fig. 1).

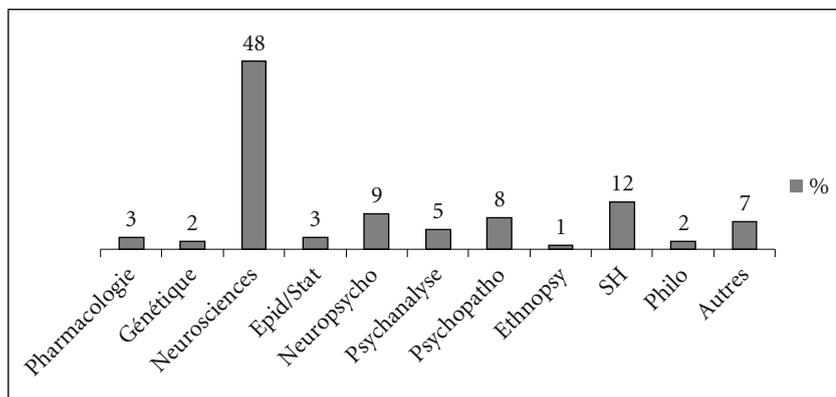


Fig. 1 – Répartition du nombre de master par domaine de recherche.

Il est par ailleurs intéressant de noter que la moitié des internes interrogés n'ayant pas fait de M2R auraient été intéressés par une telle formation. La moitié d'entre eux aurait choisi le champ des neurosciences, l'autre moitié optant pour divers domaines, comme l'ethnopsychiatrie, la psychopathologie et la psychanalyse (fig. 2).

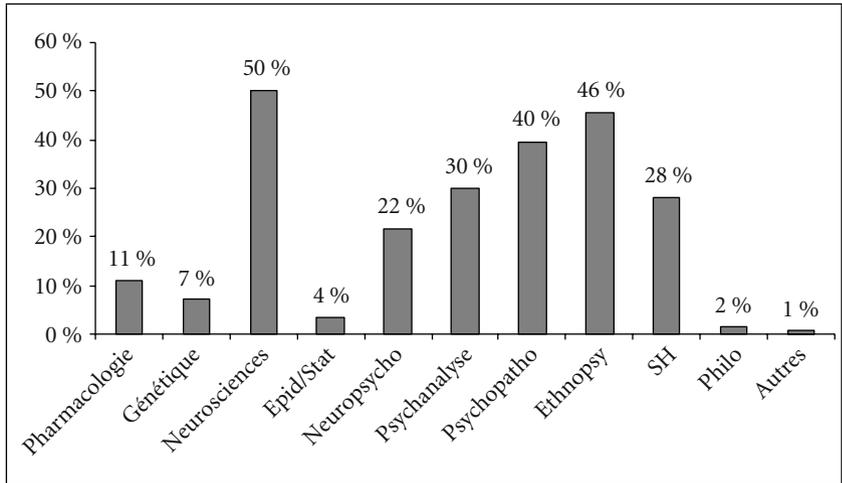


Fig. 2 – Les domaines de recherche qui intéresseraient les internes n'ayant pas fait de M2R.

Ainsi, alors que l'offre semble en adéquation avec la demande dans le domaine des sciences « dures », ce n'est pas le cas dans le domaine des sciences humaines (au sens large). En effet, malgré l'intérêt que les internes leur portent, la réalisation d'un master dans ce domaine n'aboutit souvent pas.

Certes, il est essentiel que la formation à la recherche ait toute sa place dans le cursus des internes en psychiatrie mais elle ne sera vraiment possible qu'avec une amélioration de la sensibilisation à la recherche et de l'information dans ce domaine associée à une facilitation de l'accès à un M2R, quelque soit le domaine de recherche choisi par l'interne.

Formation aux psychothérapies

Cette question est une des plus épineuses et compliquées. Épineuse, car elle renvoie à des conflits anciens ayant par le passé suscité de violentes polémiques, polémiques semblant s'atténuer de nos jours, et compliquée car elle pose la question de la multiplicité des approches (analytique, cognitivo-comportementale, systémique, transculturelle, institutionnelle, etc.), des modalités de l'enseignement (enseignement

par l'université et/ou par les associations scientifiques et par les instituts privés de formation) et des aspects de celui-ci (aspects théoriques, pratiques, de supervision), de la place de la démarche psychothérapique personnelle, etc.

Le décret du 20 mai 2010, réglementant l'usage du titre de psychothérapeute, vient réactualiser cette question en précisant que, contrairement aux psychologues, aux psychanalystes et aux médecins non psychiatres (qui pourront devenir psychothérapeutes à l'issue d'une formation théorique et pratique complémentaire), les psychiatres reçoivent automatiquement le titre de psychothérapeutes à la fin de leur internat et peuvent donc s'inscrire au registre national des psychothérapeutes dès l'obtention du diplôme de DES.

Formation délivrée par l'université dans le cadre du DES

Nous avons vu que la formation actuelle du DES de psychiatrie se faisait principalement sous forme de séminaires théoriques organisés par le coordonnateur régional ou interrégional. La place accordée à la formation aux psychothérapies est ainsi dépendante de l'intérêt que le coordonnateur régional de DES porte aux diverses psychothérapies et varie donc radicalement en fonction des régions. Certaines villes offrent par exemple la possibilité d'assister à des séminaires d'orientation analytique, mais ne proposent pas de séminaires centrés sur les approches cognitivo-comportementales ou systémiques, alors que l'inverse est vrai pour d'autres villes, rares étant celles qui offrent une plus large panoplie de séminaires.

L'AFFEP a mené une enquête en 2010 sur la formation aux psychothérapies à laquelle 869 internes ont répondu, soit un taux de réponses de 65 % [5]. Les résultats montrent que plus de 75 % des internes sont insatisfaits ou très insatisfaits de la formation théorique aux psychothérapies délivrée dans le DES de psychiatrie (le taux d'insatisfaction est de 75 % pour la formation aux thérapies cognitivo-comportementales et pour la formation à la psychanalyse, de 81 % pour la formation à la systémie).

Comment se fait-il que cette formation demeure une telle lacune du DES de psychiatrie, en particulier à l'époque où tout psychiatre est réglementairement psychothérapeute, alors même qu'elle est souhaitée aussi bien par les internes, qui demandent la mise en place d'une initiation obligatoire aux grands courants de psychothérapie dans la 1^{re} partie de l'internat et la possibilité de se former de façon plus approfondie dans le domaine qui les intéresse en 2^e partie de l'internat (demande approuvée par 95 % des internes interrogés), que par les médecins et universitaires en charge de la formation ?

Formation par les DU et associations de spécialistes

Pour combler cette lacune de formation ressentie par une grande partie des internes, certains complètent leur formation en s'inscrivant à des DU. Ainsi, 2 % des internes de 4^e année ont fait un DU de psychothérapies (DU d'une durée moyenne 2 ans et coûtant environ 650 euros par an). Ce chiffre est relativement faible en comparaison avec le pourcentage d'internes se formant en dehors de l'université. En effet, les internes ont aussi la possibilité de se former aux psychothérapies sur leur temps libre en fréquentant des associations scientifiques et instituts privés de formation et en assistant à des séminaires organisés par les différentes sociétés savantes (qu'elles soient d'orientation analytique, systémique, cognitivo-comportementale ou autres). L'enquête menée par l'AFFEP montre que près de 25 % des internes de 4^e année ont entrepris une formation extra-universitaire (hors formation psychanalytique). Or, ces formations parallèles, d'une durée moyenne de 3 ans, sont payantes et à la charge de l'interne, avec un coût, variable en fonction des instituts, de 1 230 euros par an en moyenne, soit près de l'équivalent d'un mois de salaire d'un interne de 1^{re} année, nous y reviendrons.

Supervision

La supervision, temps réservé à un échange avec un sénior à propos des difficultés dans la relation thérapeutique entre l'interne et le patient, est un aspect essentiel de la pratique clinique et de la transmission du savoir. Il est en effet indispensable que les internes soient accompagnés dans chacun de leurs stages par un référent ou superviseur de façon à être formé aussi bien aux entretiens individuels et à la clinique qu'à la relation psychothérapeutique. Les modalités de cette supervision varient en fonction des lieux de stage : dans certains stages, elle se fait sous forme de supervision individuelle et dans d'autres de supervision en petits groupes d'internes. Il existe par ailleurs des villes, comme Paris, où des médecins hospitaliers ont mis en place, sous forme de séminaire inclus dans le DES, des groupes de supervision extérieurs aux stages réunissant de façon bimensuelle quelques internes en fonction du type de supervision choisi (analytique, systémique, etc.). L'enquête de l'AFFEP montre que 97 % des internes pensent que la supervision est nécessaire, et près de 80 % d'entre eux pensent qu'elle devrait être au moins bimensuelle. Malheureusement, seulement 51 % des internes en bénéficient et pour la moitié d'entre eux, elle n'est pas hebdomadaire (fig. 3). Ce point doit mériter toute l'attention des chefs

de service et des enseignants, car une bonne formation en psychiatrie ne peut s'affranchir de cette supervision.

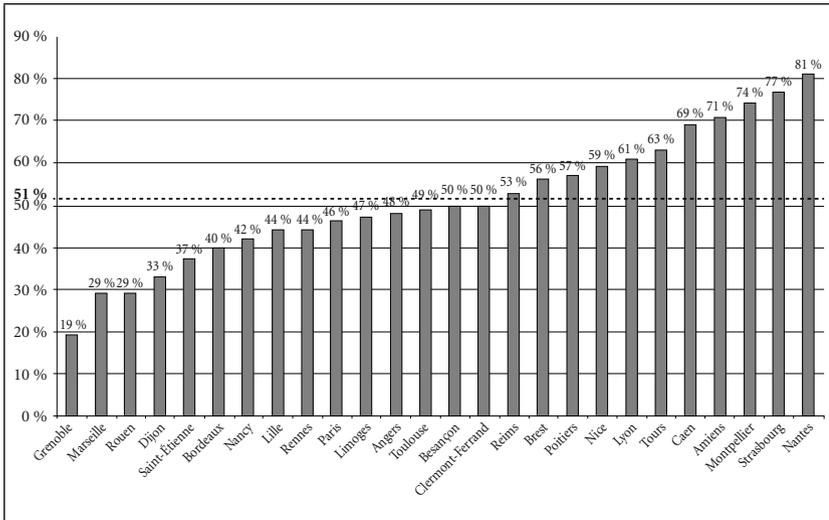


Fig. 3 – Taux d'internes ayant accès à une supervision par ville d'internat.

Démarche personnelle

Enfin, la formation en psychiatrie et tout particulièrement celle des psychothérapies pose la question de la démarche personnelle. Quels que soient le type d'exercice et le courant psychothérapeutique vers lequel l'interne s'oriente, la démarche personnelle est une étape extrêmement enrichissante pour la pratique psychiatrique et tout à fait indispensable pour la pratique psychothérapeutique. Elle peut prendre des aspects très variés, allant de la cure analytique classique ou de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, à la résonance proposée dans la formation en thérapie familiale ou encore à une thérapie sur un problème spécifique, comme le recommandent les formations en thérapies cognitivo-comportementales.

À titre d'exemple, dans l'enquête menée par l'AFFEP, 19 % des internes sont en analyse (13 % en début d'internat et 26 % en fin d'internat) dont un peu plus de la moitié en « cure type », taux inférieur au 30 % (19 % en début d'internat et 42 % en fin d'internat) recensés dans l'enquête de 2001 effectuée auprès de 149 internes (22 % des internes). Ces résultats varient à nouveau selon les villes (fig. 4). À Brest et à Strasbourg, par exemple, villes qui font partie des grandes héritières de mouvements psychanalytiques, plus de la moitié des internes ayant répondu au questionnaire sont en analyse. Enfin, ils concernent

seulement la psychanalyse qui n'est que l'une des modalités de démarche personnelle.

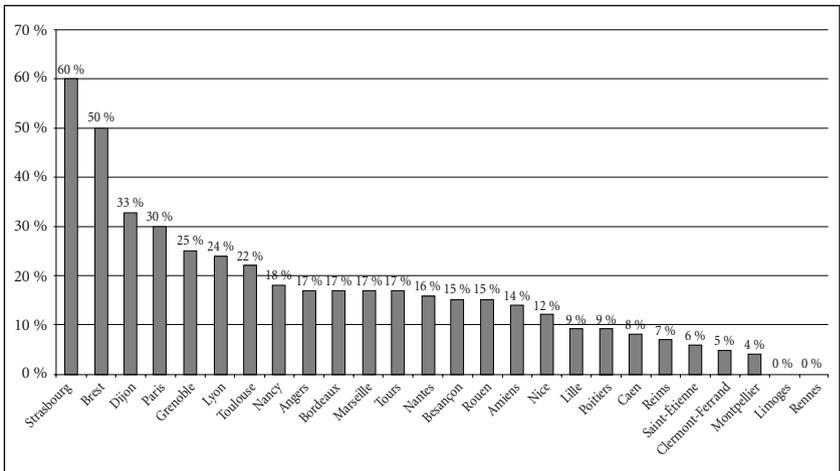


Fig. 4 – Taux d'internes en psychanalyse par ville d'internat.

Formation en Europe

Un état des lieux de la formation des psychiatres en Europe ne serait pas possible sans la fédération européenne des internes en psychiatrie (European Federation of Psychiatric Trainees, EFPT). Évoquée pour la première fois en 1992 à Londres, cette fédération s'est constituée en 1993 avec à l'origine 9 pays, et est actuellement devenue une organisation non gouvernementale comptant 28 pays dont la France, membre permanent depuis 1999. L'EFPT est une association internationale indépendante dont le but est de promouvoir la meilleure qualité de formation en Europe. En effet, les représentants des pays membres se rencontrent lors du congrès annuel qui donne l'opportunité aux internes d'échanger leurs points de vue et leurs expériences respectives, et de travailler sur des points précis de la formation par « working group ». Des recommandations dont la validité ou la mise à jour est systématiquement soumise au vote lors du congrès, sont ensuite établies et défendues auprès des Tutelles européennes. Ainsi, l'EFPT, qui siège à l'UEMS (Union européenne des Médecins Spécialistes) depuis 1999 et a le droit de vote depuis 2004, présente ses recommandations aux instances de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte de l'UEMS. Chacune des instances de l'UEMS édicte elle-même des recommandations de formation en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte et cherche à les faire appliquer dans chaque pays européen. Les recommandations de

l'UEMS sont une durée d'internat de 5 ans, avec une séparation entre la filière de pédopsychiatrie et celle de psychiatrie adulte. Comme nous le verrons ci-dessous, ceci n'est pas appliqué dans la plupart des pays européens.

Diversité de formations

Une enquête menée en 2008 par l'EFPT montre les différences et points communs entre les formations de 22 des 28 pays membres (tableau III) concernant divers aspects : durée des études, formation en pédopsychiatrie, existence d'une formation spécifique en psychiatrie médico-légale et en psychiatrie du sujet âgé, organisation de la formation et contenu de celle-ci, formation aux psychothérapies et évaluation des internes [6].

Tableau III – Pays ayant participé à l'étude sur la formation en psychiatrie en Europe.

Allemagne – Autriche – Biélorussie – Bosnie – Croatie – Danemark – Italie – Estonie –
Finlande – France – Grèce – Hollande – Irlande – Norvège – Portugal – République Tchèque
– Roumanie – Royaume-Uni – Slovénie – Suède – Suisse – Turquie

Les différences entre les pays sont majeures et ce pour chacun des thèmes étudiés dans cette enquête. Ainsi, la formation est organisée à un niveau national dans la plupart des pays, avec un programme homogène sur l'ensemble des universités, mais se fait à un niveau régional dans d'autres comme en Autriche, Bosnie, Italie, Pays-Bas et France, comme nous l'avons vu précédemment. La durée des études varie elle aussi d'un pays à l'autre : elle est en moyenne de 5 ans, mais va de 1 an en Biélorussie à 6 ans en Suisse.

Il n'existe pas non plus d'homogénéité en ce qui concerne les spécialisations. Ainsi, les formations en pédopsychiatrie et en psychiatrie adulte sont regroupées dans 6 pays (Biélorussie, Bosnie, Croatie, République Tchèque, Estonie et France) mais dans la plupart des pays, il s'agit de deux filières séparées, les internes devant choisir à la fin de leurs études de médecine entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie. De même, il existe dans certains pays des spécialisations en psychiatrie du sujet âgé, en psychiatrie médico-légale, en psychothérapies, qui n'existent pas dans d'autres.

Le caractère obligatoire de la formation est lui aussi variable d'un pays à l'autre. À titre d'exemple, la formation en psychothérapie est obligatoire dans 12 pays, la thérapie personnelle dans 3 pays (Suisse, Allemagne et Autriche), etc.

L'évaluation de la formation des internes en psychiatrie repose, dans certains pays seulement, sur des examens dont les modalités varient d'un pays à l'autre : questions à choix multiples, rédaction de mémoire, examen écrit avec questions courtes, examen oral, discussion clinique, etc. Enfin, une petite anecdote qui laisse songeur : les internes hollandais reçoivent une formation gratuite par l'université, cours théoriques et supervisions, et se voient par ailleurs payer par leur université les 52 premières séances de thérapie personnelle...

Ainsi, les différences majeures existant entre les pays d'Europe montrent toutes les difficultés que rencontrent les instances européennes telles que l'UEMS dans leurs tentatives d'harmonisation de la formation en psychiatrie.

Principales difficultés rencontrées

Une autre étude menée dans 28 pays européens par l'EFPT a recensé ces difficultés et les a regroupé en cinq catégories : le recrutement des internes, les conditions de travail, la formation aux psychothérapies et la difficulté de mise en application de nouveaux programmes de formation [7]. La 5^e catégorie concerne le manque d'opportunités de formation et regroupe divers problèmes (absence de supervision clinique et psychothérapeutique, manque de temps pour se former, durée d'études trop courte comme dans certains pays d'Europe de l'Est où la formation ne dure qu'un an, accès tardif à la formation comme en Grèce où les étudiants en médecine doivent attendre plusieurs années pour se former à la psychiatrie, etc.).

La difficulté de recrutement des internes en psychiatrie est un problème que ne connaît pas la France mais qui est commun à de nombreux autres pays européens, tels que l'Autriche, la Suède ou le Royaume-Uni. Le désintérêt des étudiants en médecine à l'égard des études de psychiatrie entraîne dans ces pays une pénurie d'internes en psychiatrie, elle-même responsable d'une surcharge de travail pour les internes. Ce cercle vicieux a pour conséquences des conditions de travail médiocres diminuant encore l'attractivité pour la spécialité. En dépit de progrès significatifs, les conditions de travail restent difficiles dans plusieurs pays européens et ont un retentissement non négligeable sur les internes. Ainsi, une autre étude réalisée auprès d'internes européens de psychiatrie note un syndrome de *burn out* chez 40 % d'entre eux et des symptômes d'épisode dépressif majeur chez 5 % [8]. Il y a par ailleurs des problèmes spécifiques à la formation aux psychothérapies et, notamment, l'accès à cette formation qui n'existe pas dans tous les pays et le coût de celle-ci qui est souvent très élevé. Enfin, dans la plupart des pays, dont la France, la mise en application des

programmes de formation (voire de nouveaux programmes de formation) demeure difficile, en raison de la faiblesse des budgets qui lui sont alloués. Il en résulte un décalage important (et regrettable) entre les textes officiels nationaux consacrés à la formation et leur application dans chaque région.

Harmonisation européenne

La question de l'harmonisation européenne de la formation des médecins date de plus de 30 ans. En 1976, l'adoption des directives médicales (75/362/EEC et 75/363/EEC) par la Communauté Économique européenne et l'équivalence des qualifications entre les pays de la CEE, ont renforcé cette notion d'harmonisation [9]. En effet, l'équivalence des formations et des qualifications est une condition nécessaire à la mobilité entre les différents pays européens et est particulièrement importante au regard des migrations croissantes de médecins à travers le continent. Cette volonté politique d'harmonisation est aussi défendue par les instances médicales, telle l'UEMS qui, comme nous l'avons vu précédemment, recommande une formation en psychiatrie d'une durée de 5 ans avec une séparation entre les filières de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte. Il paraît compliqué actuellement d'imaginer une réelle homogénéisation de la formation en Europe, mais à titre d'exemple la création du *logbook*, ou livret de l'interne, regroupant les connaissances et compétences qu'un interne doit acquérir, représente une avancée vers une harmonisation des formations. Ce livret est déjà utilisé dans certains pays européens (Hollande, Royaume-Uni, Malte, etc.) [10].

Enjeux pédagogiques et pistes d'amélioration de la formation en France

Les résultats des différentes enquêtes menées par l'AFFEP révèlent des enjeux pédagogiques mais aussi financiers. Ainsi, l'enquête menée sur les psychothérapies soulève de vraies problématiques qui peuvent être généralisées à l'ensemble de la formation en psychiatrie. Dans certaines villes, l'insatisfaction des internes se justifie aisément par l'insuffisance de l'offre, mais dans d'autres villes, comme Paris, il existe une insatisfaction marquée des internes en dépit d'une offre variée de séminaires. Plusieurs hypothèses peuvent être soulevées et notamment celles de la qualité (la notion de séminaire trop superficiel est souvent évoquée) et de l'accès à l'enseignement (il n'est pas admissible que les internes, trop

pris par leur stage, ne puissent se rendre à leur cours de DES). Face à ce constat d'une formation souvent insuffisante, d'autres intervenants telles que les associations de psychiatre, les associations d'internes en psychiatrie ou encore l'industrie pharmaceutique développent de plus en plus de formation pour les jeunes médecins. À l'inverse, les villes dans lesquelles les internes sont satisfaits de la formation mettent en avant la diversité, la qualité et le caractère approfondi des séminaires, ainsi que la disponibilité et les qualités pédagogiques de l'enseignant. Les enjeux financiers sont illustrés par les résultats de deux enquêtes de l'AFFEP : un quart des internes de 4^e année décide de se former dans des instituts ou associations de formation aux psychothérapies, coût évalué à 1 230 euros par an en moyenne [5] (soit près d'un mois de salaire d'un interne de 1^{re} année), et 40 % des internes qui ont pris une disponibilité pour faire un M2 n'ont pas obtenu de bourses et ont dû s'autofinancer par le biais de remplacements et de gardes [4]. Ces deux points ne paraissent pas acceptables lorsqu'ils sont mis en regard de la rémunération des internes (tableau IV).

Tableau IV – Rémunération brute annuelle des internes en médecine, pharmacie et odontologie (articles R. 6153-1 à R. 6153-45 du Code de la Santé publique).

Personnels concernés	Montants bruts annuels au 1 ^{er} juillet 2010 (en euros)
Internes de 4 ^e année	25 348,46
Internes de 3 ^e année	25 348,46
Internes de 2 ^e année	18 273,81
Internes de 1 ^{re} année	16 506,09

Il est donc indispensable d'une part de créer une formation universitaire aux psychothérapies en partenariat avec les associations scientifiques de formation, et d'autre part de repenser une aide au financement couvrant l'ensemble des domaines de recherche envisageables, ce d'autant plus que l'enquête montre que le financement a parfois influencé le choix du domaine de recherche (certains internes ayant effectué un master de neurosciences auraient préféré faire leur M2 en sciences humaines) et que certains internes renoncent à une formation à la recherche, faute de financement.

Amélioration de la communication entre les intervenants

L'amélioration de la formation nécessite un authentique travail de collaboration entre le CNUP et l'AFFEP d'une part, et entre les

coordonnateurs de DES et les associations locales d'internes en psychiatrie d'autre part. Au niveau régional : plusieurs associations d'internes en psychiatrie regrettent le fait qu'il n'y ait ni échanges, ni réflexions communes avec leur coordonnateur sur la formation. Ce n'est heureusement pas le cas dans toutes les villes, puisque d'autres associations sont au contraire satisfaites de la communication qu'elles ont avec les responsables de l'enseignement dans leur ville.

L'AFFEP et le CNUP travaillent en ce sens en organisant pour la 1^{re} fois en 2011 une réunion regroupant l'ensemble des coordonnateurs régionaux et interrégionaux de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte, l'ensemble des référents régionaux de l'AFFEP, ainsi que les membres du conseil d'administration du CNUP et ceux du bureau de l'AFFEP. Cette initiative devra se poursuivre dans les années à venir, aussi bien au niveau national qu'au niveau régional et interrégional. Au-delà de la communication entre les internes et les universitaires responsables de la formation, il serait souhaitable qu'une communication plus générale se mette en place. En effet, l'exemple français avec sa pluralité d'intervenants, aussi bien au niveau ministériel, qu'au niveau des collègues et des associations de psychiatres (regroupées pour une partie à la Fédération Française de Psychiatrie – FFP) susceptibles de participer à la formation des internes est tristement célèbre en Europe. Cette multiplicité d'associations, de collègues, de fédérations et leurs difficultés à se fédérer est pourvoyeur de conflits et de clivages dont les premiers à en pâtir sont les jeunes en formation.

Harmonisation des enseignements

La question de l'harmonisation est particulièrement difficile, aussi bien au niveau européen qu'au niveau national. Avant d'avancer sur cette question, il est important de préciser qu'il ne s'agit ni d'un nivelage par le bas, ni d'une perte de la diversité régionale mais d'un travail de mise en commun des capacités de formations de chaque région afin d'homogénéiser la formation et de diversifier l'offre. D'un point de vue théorique, il convient de définir les domaines auxquels tout interne en psychiatrie doit être formé. Ainsi, à la demande du ministère de la Santé, trois référentiels (métier, formation et compétence) ont été élaborés par un groupe de travail composé de psychiatres hospitaliers, universitaires, libéraux et du bureau de l'AFFEP. Ils définissent les grandes lignes des compétences qu'un psychiatre doit acquérir : conduite d'un examen psychiatrique, organisation du projet de soins, gestion des traitements, participation à la décision d'orientation et de mesures éducatives et/ou professionnelles, réalisation d'actes en psychiatrie médico-légale, etc. Ce référentiel peut servir de base à

la mise en place d'un enseignement régional avec des modules couvrant l'ensemble des thématiques nécessaires à une formation de qualité. Comme nous l'avons déjà vu, il convient par ailleurs d'encourager l'augmentation du nombre et la qualité des séminaires dans l'ensemble de ces domaines.

Enfin, l'harmonisation concerne aussi la formation pratique et tout particulièrement la supervision. Celle-ci doit faire l'objet d'une attention toute particulière de la part des chefs de service puisque, comme nous l'avons vu, seuls 51 % des internes y ont accès [5] !

Évaluation de l'enseignement

Contrairement à d'autres pays européens, il persiste probablement en France l'idée que la formation initiale doit être organisée et décidée par les enseignants sans que l'avis des étudiants soit pris en compte. Mais comment peut-on améliorer le contenu d'une formation si celle-ci n'est pas évaluée ? En ce qui concerne la formation pratique, le taux d'inadéquation entre le nombre de postes et le nombre d'internes est, comme nous l'avons vu, le garant d'une certaine qualité de formation puisqu'il permet que des stages peu formateurs ne soient pas choisis par les internes. Dans certaines villes où ce taux d'inadéquation n'existe pas, il est important que les internes puissent évaluer les différents stages de façon à fermer ceux qui ne sont pas formateurs et à en ouvrir d'autres.

En ce qui concerne la formation théorique, rares sont les villes où une évaluation des séminaires est proposée aux internes. Ceci paraît surprenant, compte tenu de la mode pourtant bien répandue de l'évaluation de la formation médicale continue et des nombreux topos et présentations lors des congrès. Comment se fait-il que ce système ne soit pas appliqué pour la formation initiale ?

Information et accompagnement des internes, tutorat

L'exemple de l'enquête sur la recherche durant l'internat est intéressant pour comprendre un des freins majeurs à la formation : celui de l'insuffisance d'information puisque seulement 12 % des internes se considèrent suffisamment informés sur les possibilités de M2R durant l'internat [4]. Pour améliorer l'information, le bureau de l'AFFEP a repris en 2010 une initiative créée il y a une dizaine d'années par ses prédécesseurs : celle d'un livret d'accueil distribué aux futurs internes en psychiatrie lors de l'amphi de garnison, décrivant les aspects généraux de leur formation et certaines particularités locales.

L'information contenue dans ce livret d'accueil national doit être complétée par des réunions d'accueil et d'information dans chaque région. Celles-ci, encore peu nombreuses, existent déjà dans certaines villes, comme par exemple Angers où les nouveaux internes sont conviés par les enseignants à une réunion d'information au cours de laquelle leur est distribué un livret décrivant les cours de l'année, les différents stages, les séminaires optionnels, les DU et les DESC. Associée à cette information générale et collective, un accompagnement individuel de l'interne doit s'instaurer. Il serait en effet intéressant de mettre en place un système de tutorat des internes par des psychiatres (reste à définir lesquels) pour accompagner chaque interne tout au long de son DES. Ce système de tutorat centré sur le cursus de l'interne existe dans plusieurs pays européens (sous le terme d'« educational supervision », à distinguer des supervisions cliniques et psychothérapeutiques centrées sur la prise en charge du patient et sur la relation entre le médecin et le patient) et dans certaines villes françaises, par exemple Besançon et Poitiers, et est fortement apprécié des internes. Il permet à l'interne d'avoir un référent fiable et disponible pour l'aider à avancer dans les questions qu'il se pose sur son internat (choix de stage, sujet de thèse, formation extra-universitaire, M2R, etc.).

Diversification des enseignants

L'enseignement est la mission d'une partie des psychiatres hospitaliers, ceux qui ont des fonctions universitaires (chef de clinique-assistant, praticien hospitalier universitaire, professeur des universités, etc.), mais la triple mission d'enseignement, de recherche et de clinique de ces médecins rend particulièrement difficile leur investissement dans l'enseignement. Par ailleurs, compte tenu de l'ampleur et de la diversité des savoirs et connaissances en psychiatrie, une diversification des enseignants permettrait de mieux couvrir l'ensemble des domaines nécessaires à une formation initiale variée et éclectique. Le modèle suisse dans lequel il existe un partenariat entre les associations de scientifiques et l'université est particulièrement enviable sur ce point. L'AFFEP travaille en ce sens avec la FFP, qui fédère une grande partie des associations de psychiatres français, de façon à développer un partenariat avec les universités, notamment pour la formation aux psychothérapies.

Diversification des supports de formation

Une des richesses de la formation des internes en psychiatrie est qu'elle peut particulièrement bien s'appuyer sur d'autres supports que les cours magistraux. En effet, elle peut associer aux cours théoriques magistraux permettant la transmission d'un corpus de connaissances, des présentations vidéo d'entretien, des jeux de rôle, des mises en situation, des cas cliniques, des séances de bibliographie, etc. Par ailleurs, des présentations effectuées par des internes sous la houlette d'un sénior pourraient être une modalité d'enseignement intéressante. Ce type de séminaire, qui existe déjà dans certaines villes comme par exemple à Tours, permet l'acquisition active de connaissances et donne à l'interne l'occasion d'apprendre à transmettre son savoir, clarifier ses propos, parler en public, etc.

Cette grande diversité de supports de formation est à encourager de façon à transmettre à l'interne, non seulement un savoir, mais aussi (et surtout !) une pratique.

Par ailleurs, comme nous l'avons vu, l'organisation de certains séminaires en inter-région concerne toutes les régions, exceptée l'Île-de-France. Même si il est important que les internes de chaque ville puissent bénéficier des opportunités d'enseignement qui existent dans les villes voisines, la participation des internes à des séminaires n'est pas toujours aisée en pratique. Le système de cours par vidéoconférence a commencé à se développer dans l'inter-région Rhône-Alpes Auvergne, et semble être une modalité d'enseignement appréciée des internes, gagnant peut-être à être développée.

Mobilité en France et en Europe

Enfin, il serait bon que la mobilité des internes soit facilitée (rappelez par exemple qu'un tiers des internes change de ville pour effectuer leur M2R), aussi bien pour les masters de recherche que pour les stages en inter-CHU, puisque, comme nous l'avons vu, l'hétérogénéité de la formation ne permet pas un accès à tous les lieux de stages possibles dans chacune des régions. Cette mobilité suppose une meilleure coordination entre les ARS et les responsables de DES des différentes régions.

La mobilité en Europe doit elle aussi être encouragée et facilitée. Il serait par exemple particulièrement intéressant de pouvoir proposer aux internes un stage validant à l'étranger durant le DES, avec des conventionnements entre terrains de stage et des possibilités d'échanges entre internes de pays différents.

Enjeux politiques

Certains enjeux de la formation échappent en grande partie aux internes et même aux enseignants car ils sont gérés par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé d'une part et par celui de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche d'autre part.

Démographie

Le nombre de postes offerts en psychiatrie a déjà considérablement augmenté depuis le premier ECN en 2004 et va encore s'accroître de près de 100 places supplémentaires dans les quatre années à venir (fig. 5).

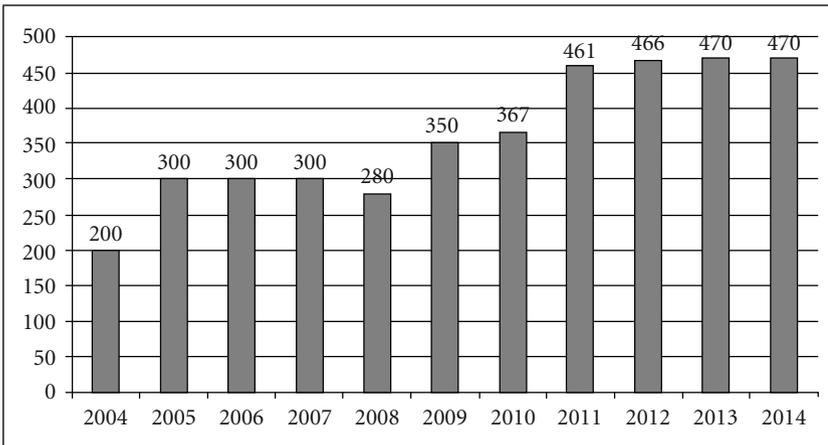


Fig. 5 – Nombre de postes d'internes en psychiatrie pour les années 2004 à 2014 (sources : *Journal Officiel*).

Cette augmentation paraît nécessaire au vu des prévisions d'évolution démographique de la profession. En effet, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS) prévoyait en 2009 une baisse du nombre de médecins en activité de près de 10 % dans les 10 ans à venir [11]. Cette nécessaire augmentation du *numerus clausus* et du nombre d'internes en psychiatrie pose plusieurs problèmes : le premier est celui de la très inégale augmentation du nombre d'internes par régions qui atteindra 46,2 % en Île-de-France, 58,7 % pour l'inter-région Sud contre 0,4 % seulement pour l'inter-région Nord-Ouest (tableau V). Ces taux décidés par l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) ont notamment fait l'objet de sévères critiques par les présidents des

Centres Hospitalo-universitaires (CHU) des villes de Lille, Amiens, Rouen et Caen qui ont dénoncé les inégalités de l'évolution du nombre d'internes en médecine pour les quatre prochaines années.

L'augmentation du nombre d'internes soulève la question de l'adaptation de la formation théorique et pratique à cette évolution. En effet, il faut être vigilant à ce que les internes ne soient pas trop nombreux

Tableau V – Préviation de la répartition du nombre d'internes en psychiatrie par ville pour les années 2010 à 2014.

Ville internat	Nombre de postes offerts				
	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Aix Marseille	13	24	24	25	24
Amiens	12	12	12	12	12
Angers	10	10	10	10	10
Antilles-Guyane	4	5	5	5	6
Besançon	13	13	13	13	13
Bordeaux	12	22	22	22	22
Brest	8	9	9	10	9
Caen	12	12	13	12	11
Clermont-Ferrand	12	12	12	12	12
Dijon	15	15	15	15	15
Grenoble	6	9	10	10	10
Île-de-France	56	87	89	89	89
Lille	27	37	37	37	37
Limoges	5	7	6	8	8
Lyon	16	18	17	17	17
Montpellier	10	15	15	15	17
Nancy	15	15	15	15	15
Nantes	13	12	13	12	13
Nice	7	10	11	11	11
Océan Indien	4	4	4	4	4
Poitiers	14	19	19	19	19
Reims	15	15	15	15	15
Rennes	10	11	11	12	11
Rouen	14	14	14	14	14
Saint-Étienne	7	7	7	7	7
Strasbourg	10	12	12	13	13
Toulouse	15	23	24	24	24
Tours	12	12	12	12	12
Total	367	461	466	470	470

dans les terrains de stage, comme c'est déjà le cas pour les étudiants en médecine. L'ouverture de nouveaux postes d'internes ne doit pas se faire au détriment de la qualité du stage ; il serait ainsi regrettable que certains services qui avaient perdu leur agrément reçoivent à nouveau de jeunes psychiatres en formation sans avoir évoqué au préalable l'amélioration de leur capacité de formation. De même, le taux d'inadéquation (c'est-à-dire la marge entre le nombre de postes offerts au choix de stages et le nombre d'internes), qui permet que les stages peu formateurs ne soient pas choisis par les internes et est donc le garant d'une certaine qualité de formation risque de diminuer, ce qui paraît dommageable.

Enfin, l'augmentation du nombre d'internes pose aussi la question de la formation et de la validation des DESC qui devient difficile dans certaines régions de part l'accès limité aux postes d'internes et de post-internat dans les services de pédopsychiatrie et d'addictologie.

Réformes en cours

Dans ce contexte démographique compliqué et dans la problématique plus générale de refonte de l'internat et de la filière universitaire, plusieurs réformes se dessinent au niveau des ministères de la Santé et de la Recherche.

Le ministère de la Santé a formé la commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) afin de faire l'état des lieux des maquettes des différentes spécialités et de réfléchir à une réforme de la maquette du 3^e cycle des études médicales. La nécessité de créer cette commission est venue d'un constat alarmiste concernant l'impossibilité de certaines spécialités (notamment chirurgicales) obligeant à un DESC de type 2, de réaliser leurs maquettes. En effet, ces spécialités doivent réaliser un internat et obligatoirement un post-internat (clínicat ou assistantat). Or, l'explosion démographique du nombre d'internes d'un côté, la non création de nouveaux postes de chefs de clinique de l'autre (c'est à dire 3 887, par décision politique de geler la création de postes dans la fonction publique), et enfin la décision ministérielle d'attribuer des postes de chefs de clinique assistant à la médecine générale (50 par an) rend la situation très critique pour une partie des internes. Par ailleurs, le ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche a créé une commission travaillant sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire afin de réévaluer les modalités d'exercice de la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. L'idée est de mieux définir les parcours de recherche dès les études de médecine et pendant l'internat et le clinícat. Plus généralement, il s'agit de réorganiser

en partie les statuts hospitalo-universitaires pour promouvoir les individus tout au long de leur carrière académique, en prenant en compte la compétition universitaire internationale.

La question de la formation est ainsi au cœur de ces deux commissions dont les conclusions sont prévues pour l'année 2011.

Conclusion

La question de la formation des internes en psychiatrie est particulièrement complexe car elle renvoie à la difficile question de celle du métier de psychiatre. « Qu'est-ce qu'un bon psychiatre ? » est une question à laquelle chaque soignant mais aussi chaque patient a probablement sa propre réponse. Il s'agirait donc plutôt de réfléchir à la question d'une formation suffisamment bonne permettant à l'interne tout à la fois de se former aux bases théoriques et relationnelles indispensables pour dispenser des soins de qualité, et d'être suffisamment sensibilisé à la richesse et à la diversité de son métier pour souhaiter élargir ses connaissances par lui-même. La formation initiale des psychiatres aurait ainsi pour objectifs, au-delà de l'apprentissage de connaissances et de l'acquisition d'une pratique, d'encourager la pulsion épistémophilique, qui est en chacun de nous, afin d'éviter de se scléroser dans un savoir qui devient chaque jour un peu plus obsolète. Le psychiatre en formation pourra ainsi trouver et créer la pratique qui lui convient et qu'il saura adapter à chacun des patients qu'il rencontrera.

Cette question cruciale devrait faire l'objet d'une attention constante et soutenue puisque comme nous le répétons souvent à l'AFFEP « parler de la formation d'aujourd'hui, c'est parler de la psychiatrie de demain ».

Remerciements : Je tiens à remercier très sincèrement l'ensemble du bureau de l'AFFEP et les référents de chaque région d'avoir accepté de répondre à mes très nombreuses sollicitations et questions tout au long de cette année, ainsi qu'à certains anciens internes pour leurs précieux conseils. Ce travail n'aurait pas été possible sans ce vaste réseau et l'excellente communication qui y circule.

Références

1. Darcourt G (2002) Le paradoxe de la formation des psychiatres à la psychothérapie. *L'information psychiatrique* 78 : 129-34.

2. De Solms C, Rezvani A (2010) Demande de formation. Transmettre : hasard et nécessité. 39^{es} Journées Nationales de la Psychiatrie Privée, Dinan, Bretagne, 30 septembre – 2 octobre.
3. Hanon C, Camus V (2010) Formation à la psychiatrie du sujet âgé : quels enjeux ? *L'information psychiatrique* 86 : 15-20.
4. Van Effenterre A (2010) Formation et information des internes en psychiatrie : quelle place pour la recherche ? *Encéphale* 37 : 159-61.
5. Azoulay M, Van Effenterre A (2011) Résultats de l'enquête sur la formation aux psychothérapies durant l'internat. 11^e journée de l'interne, Paris, 18 mars.
6. Oakley C, Malik A (2010) Psychiatric training in Europe. *The psychiatrist* 34: 447-50.
7. Nawka A, Rojnic Kuzman M, Giacco D, Malik A (2010) Challenges of postgraduate psychiatric training in Europe: a trainee perspective. *Psychiatrics Services* 61: 862-4.
8. Jovanović N, Beezhold J, Mihai A *et al.* Mental health of early career psychiatrists: from diagnosis to treatment strategies in: *How to succeed in psychiatry: a guide to training and practice*. Willey-Blackwell (in press).
9. Brearley S (1995) Harmonisation of specialist training in Europe: is it a mirage? *Br Med J* 311: 297-9.
10. Oakley C, Malik A, Kamphuis F (2008) Introducing competency-based training in Europe: an Anglo-Dutch perspective. *Int Psychiatr* 5: 100-2.
11. Attal-Toubert K, Vanderschelden M (2009) La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques, DREES, N °679.

À partir du moment où un patient est retenu dans une unité fermée à clé, il apparaît nécessaire d'exiger que sa situation soit réglementée par des textes légaux encadrant la situation de l'internement et lui garantissent des droits et des voies de recours possibles. C'est à cette tâche que s'employa le législateur de 1838 en promulguant, pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, une loi qui donnait un statut aux malades mentaux et dont beaucoup d'autres pays s'inspirèrent. Il fallut attendre la fin du xx^e siècle pour, qu'en une vingtaine d'années, elle soit profondément réformée, à deux reprises, en réponse à l'évolution de la culture, mais aussi des modalités de prises en charge des malades souffrant d'affections psychiatriques.

L'hospitalisation obligatoire en psychiatrie : origines, états des lieux, projets de réforme...

Naissance de l'internement psychiatrique : loi du 30 juin 1838

La loi du 30 juin 1838 sur les « aliénés » représentait l'aboutissement d'une longue évolution qui avait permis pour la première fois d'élever « le fou à la dignité de malade ». Le législateur de l'époque avait tenu compte des opinions des grands aliénistes Ferrus et Falret qui introduisirent pour la première fois la notion d'assistance, de soins et de guérison pour l'aliénation mentale. Ils insistèrent sur la nécessité d'un internement *légalisé* (pour aller contre l'arbitraire royal des lettres de cachet), seul garant des libertés individuelles, dans des établissements spécifiques à qui l'on proposa « le beau nom d'Asile »... Cette loi arrivait avec beaucoup d'équilibre à conjuguer la préservation de la sécurité publique avec les libertés individuelles en instituant un partage des pouvoirs entre les quatre autorités concernées :

Gilles VIDON ✉

Chef de pôle

Pôle du 12^e arrondissement de Paris

Hôpitaux de Saint-Maurice

- l'autorité administrative, soucieuse du respect de l'ordre public ;
- l'autorité judiciaire, attachée à la sauvegarde des libertés individuelles ;
- l'autorité médicale, préoccupée d'un accès facile aux soins ;
- enfin, l'autorité familiale, centrée sur le bien-être de son parent.

Toutefois, elles intervenaient différemment : la justice était passive, n'entrait en action qu'*a posteriori* en cas de plainte, sous forme de recours judiciaire ; l'autorité préfectorale contrôlait le placement d'office (PO), de l'admission à la sortie, le placement volontaire (PV) permettait seul un vrai dialogue thérapeutique entre malade, famille et médecin.

Positions critiques sur l'internement : 1838-1990

Les critiques « politiques », qu'elles aient été philosophiques, théoriques ou idéologiques, ont principalement porté sur le fondement même de la maladie mentale, déniée, et sur la violence engagée à l'égard des « supposés patients ». Notons toutefois que l'on s'est plus récemment inquiété fortement de la présence dans les prisons françaises (mais également à l'étranger) d'une population importante de malades psychotiques ou délirants.

Un autre courant de pensée a pu militer pour une « déspécification » des soins sans consentement, qui devraient s'étendre à d'autres situations médicales et ne pas se cantonner à la psychiatrie.

Certains juristes ont dénoncé, de longue date, les pouvoirs accordés aux Préfets et aux médecins, rappelant que seule l'autorité judiciaire est gardienne des libertés individuelles et réclamant pour le Juge le pouvoir de décider l'internement à la suite d'une procédure contradictoire préalable à tout internement.

L'hospitalocentrisme de la loi d'internement, fondée sur la vieille notion d'isolement thérapeutique, a également été attaqué, surtout avec le développement des soins et des structures extrahospitalières ; l'obligation aux soins réduite à l'hôpital devant pouvoir s'étendre au-delà de ses portes sous forme de soins ambulatoires obligatoires.

La loi du 27 juin 1990 : victoire des défenseurs des Droits de l'Homme et du Citoyen

Cette loi, relative « aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation », promulguée 200 ans après la Déclaration des Droits de l'Homme, avait principalement pour but d'étendre la protection des libertés individuelles. Ainsi, d'emblée, le législateur insistait sur la notion du libre choix du médecin par le patient, ceci dépassant, bien entendu, la délimitation géographique des secteurs psychiatriques.

Surtout, la loi énonçait les droits des patients qui demeuraient intacts : information sur la situation juridique et les droits, émission et réception de courriers, etc.

Les autres principaux objectifs de cette loi concernaient le meilleur contrôle des hospitalisations en psychiatrie au regard des libertés individuelles ainsi que la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes hospitalisées, notamment en mettant en place des « sorties d'essai ».

Enfin, dans chaque département, une Commission Départementale de l'Hospitalisation Psychiatrique (CDHP) était chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes et de s'assurer que la loi était bien appliquée.

Évaluation de la loi du 27 juin 1990

En 1996, les CDHP, en réponse au ministère de la Santé, vont émettre des commentaires sur l'application de la loi :

- le rôle et les pouvoirs de la CDHP sont jugés mal définis et devraient être revus « à la hausse » ;
- la production de deux certificats pour effectuer une HDT est unanimement dénoncée comme une formalité lourde et n'assurant d'ailleurs pas une meilleure protection des droits de la personne ;
- certaines notions sont vagues et devraient être revues : « péril imminent » (pour l'HDT) et « danger imminent » (pour l'HO)... « surveillance constante » lors de l'HDT ;
- le statut du patient lors de son transport, de son domicile à l'hôpital, lors de la mise en place d'une hospitalisation sans consentement, n'est pas défini et devrait être précisé juridiquement (en définissant, *qui* doit aller chercher le malade : la police, les pompiers, les établissements...) ;
- il faudrait mieux définir le « tiers » demandeur d'une hospitalisation lorsque la famille est absente (ce qui malheureusement est de plus en plus fréquent) ;
- les sorties d'essai instituées par la loi du 27 juin 1990 sont parfois utilisées comme des obligations de soins en ambulatoire (pouvant durer de nombreux mois), ce qui ne concorde pas avec l'esprit du texte et devrait donc être revu ;
- des problèmes administratifs sont rencontrés lors des transferts de malades entre départements ;
- l'article L.348.1 concernant les personnes déclarées irresponsables en application de l'article 122.1 du Code Pénal pose également un certain nombre de questions difficiles, de même que la situation des détenus hospitalisés d'office dans les services de psychiatrie de secteur.

Les recommandations du groupe national animé par Madame Hélène Strohl (IGAS, janvier 1997)

C'est la concertation la plus large qui a présidé aux travaux de ce groupe [3], composé de personnes venant de tous les horizons, tant des professionnels que des représentants des usagers ou des familles, ainsi que des institutions parties prenantes (ministère de l'Intérieur, de la Justice et de la Santé, etc.). Le groupe a travaillé dans une « ambiance démocratique » avec une transparence complète telle qu'ont pu en témoigner les très nombreux comptes rendus de travail. Les propositions du groupe :

- une définition claire des motifs pour les hospitalisations sans consentement : pour l'HO, il est préconisé de ne plus retenir la référence au trouble de l'ordre public ; pour l'HDT, on souhaite retenir la définition européenne : « troubles mentaux empêchant la personne de consentir à des soins et état de santé qui en l'absence de traitement approprié risquerait de se détériorer gravement » ;
- un seul régime d'hospitalisation sans consentement pourrait être souhaitable, à la condition que l'entrée s'y fasse comme dans l'actuelle HO et que la sortie soit décidée comme pour l'actuelle HDT...
- une période d'observation et d'orientation de 72 heures maximum avant toute décision d'hospitalisation sans consentement ;
- une introduction de soins ambulatoires obligatoires ;
- le respect de tous les Droits de l'Homme, sauf restriction imposée par l'état de santé ;
- l'extension des indications de l'hospitalisation sans consentement des détenus aux indications de droit commun et suppression de l'article L.348 ;
- renforcer les compétences et les moyens des CDHP.

Le rapport Piel, Roelandt (juillet 2001)

Une des grandes idées du rapport [4] est de prévoir l'arrêt des admissions dans les hôpitaux psychiatriques. Une période de transition aurait dû permettre la mise en place de structures d'hospitalisation sur le territoire des secteurs, c'est-à-dire à l'hôpital général ou dans des lieux *ad hoc*. Bien entendu, les auteurs du rapport indiquent que « cette évolution étalée dans le temps doit éviter tout externement arbitraire... ».

La proposition de réforme s'appuie sur plusieurs principes.

- Distinction de la notion de danger pour soi-même et de celle de danger pour autrui ; cette dernière renvoie à l'ordre public ; c'est à la justice et à la police de veiller au respect des lois ; toute personne

qui, pour des raisons de dangerosité envers autrui, doit être détenue, doit l'être dans un cadre pénitentiaire ; la détention ne peut en aucun cas (pour un problème d'ordre public) s'effectuer dans un cadre soignant psychiatrique : il faut maintenir le droit commun et il n'y a « pas lieu d'inventer des mesures spécifiques pour telle ou telle catégorie de contrevenants ».

- Le danger pour soi renvoie à la fois aux notions de libertés individuelles et d'assistance à personne en danger : c'est donc à la justice (garante des droits individuels) et à la santé (assistance à personne en danger) d'agir conjointement.
- Une loi « déspecifiée » pour l'obligation de soins psychiatriques : elle s'appliquerait « à toute personne dont les troubles nécessitent des soins immédiats et constituent un danger sanitaire pour elle-même et/ou pour autrui et qui refuse des soins ou est empêchée d'y consentir ».
- La période d'observation et de soins de 72 heures maximum : il s'agit d'instaurer un temps de recul comme règle générale et non comme exception avant de prendre une décision d'obligation de soins ou non, « attendre un peu et voir, ne pas se précipiter, prendre ensemble le temps d'évaluer tout en commençant les différentes formes de traitement (psychothérapie, chimiothérapie...). Il ne s'agit en rien d'une « garde à vue » psychiatrique, mais bien de permettre la mise en acte de soins véritablement adaptés à une personne dans une situation donnée ».
- Introduction de l'obligation de soins en ambulatoire : elle apparaît congruente à la psychiatrie actuelle, tournée vers les soins ambulatoires. À noter que, dans l'esprit des auteurs, ces deux modalités de l'obligation de soins peuvent alterner : un malade hospitalisé amélioré peut passer en ambulatoire ou, à l'inverse, un patient en obligation de soins ambulatoires et dont l'état s'aggrave, peut se voir imposer une hospitalisation...
- Judiciarisation de l'obligation de soins (Juge Civil), l'autorité administrative (le Préfet) ne jouant plus aucun rôle dans cette loi.
- Tout médecin demandant le transport obligatoire d'un malade rédige un certificat qui est transmis au directeur de l'hôpital, lequel doit organiser le transport du malade, si nécessaire en s'articulant avec les forces de police ou les pompiers ou le SAMU, etc.
- À l'issue des 72 heures d'observation maximum, un troisième certificat médical pose l'indication de l'obligation de soins avec « les avis souhaitables de la personne, de l'entourage ou d'un travailleur social ». L'obligation de soins est alors décidée par le Juge qui statue dans les 24 heures, qu'elle se fasse en hospitalisation ou en ambulatoire.

Le « Plan Santé Mentale » du Gouvernement (novembre 2001)

Il prévoyait une importante réforme de la loi du 27 juin 1990 avec alignement strict sur les recommandations européennes (les décisions d'hospitalisation sans consentement ne seraient plus prises pour un motif constitué par un trouble de l'ordre public) ; les deux régimes d'hospitalisation sans consentement devaient être réunis. Les hospitalisations étaient prévues « de courte durée », à proximité des services d'urgence et dans une logique de partenariat avec les équipes de santé mentale des secteurs de psychiatrie.

L'articulation obligation de soins ambulatoire/hospitalisation devait faire l'objet d'un groupe de travail.

Réformes plus récentes

La loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » est surtout connue pour ses dispositions sur l'accès des patients à leurs dossiers et aux informations médicales... Elle introduit néanmoins quelques modifications à la loi d'internement :

- Introduction « de sorties de l'établissement de courtes durées n'excédant pas 12 heures à condition d'être accompagné par un soignant » (mesure qui sera très peu utilisée).
- Passage du conditionnel à l'indicatif présent pour ce qui concerne les motifs amenant les hospitalisations d'office « *pourrait compromettre* l'ordre public ou la sûreté des personnes » sont remplacés par « *nécessite* des soins en raison de troubles mentaux *qui compromettent* la sûreté des personnes ou portent atteinte d'une façon grave à l'ordre public ».
- La composition de la CDHP est modifiée avec adjonction de deux représentants d'association d'usagers et de familles d'usagers ainsi que d'un médecin généraliste.
- L'hospitalisation sans consentement d'un mineur va désormais requérir un avis médical ; la durée de l'hospitalisation est établie à 15 jours, éventuellement renouvelables.

La loi du 9 septembre 2002 prévoit la création « d'une unité spécialement aménagée pour l'accueil des détenus malades mentaux ». La capacité globale envisagée de ces unités est de 244 places. Au nombre de 10, elles seront placées sous l'autorité de l'administration pénitentiaire (pour ce qui est de la garde) et sous responsabilité médicale (pour ce qui est des soins). Ces nouvelles unités de soins (inspirées des UHSI-PSY du rapport Piel et Roelandt) vont poser le problème de leur localisation (CHS ou hôpital général) ainsi que celui de leur éventuel

rapprochement des autres structures de ce type : UHSI-MCO ; UMD, etc.

Le placement judiciaire est introduit pour la première fois par la *loi du 25 février 2008* qui autorise le magistrat à prendre des mesures de HO, étant entendu que c'est « le préfet de police qui procède sans délai à l'hospitalisation et détermine l'établissement dans lequel la personne sera hospitalisée ». La suite de l'hospitalisation (et notamment les conditions de sortie) reste du ressort de la préfecture.

La loi du 5 juillet relative aux « Droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge »

Les changements introduits par la nouvelle loi

Nombre de ces changements, parmi les plus importants, nous allons le voir, figurent déjà dans les rapports ou groupes de travail qui se sont penchés sur sa révision depuis 1990 (judiciarisation, soins obligatoires en ambulatoire, période des 72 heures, etc.). Leur introduction dans la nouvelle loi de 2011 n'aurait donc pas dû poser de problème. Or, c'est dans un climat politique exécrable que la loi va être votée, à la demande expresse du Gouvernement, avec des mesures « sécuritaires » contestées par l'ensemble de la profession. En 1990, bicentenaire des Droits de l'Homme aidant, la loi s'était voulue « libertaire », ce ne sera pas le cas du projet de loi déposé sur le bureau du Parlement, par la ministre de la Santé en 2011. Celui-ci sera néanmoins fortement amendé par le Conseil Constitutionnel au niveau de ses aspects sécuritaires, diminuant notablement le pouvoir préfectoral.

Ce n'est plus l'hospitalisation qui est imposée mais les soins : une période initiale d'observation de *72 heures maximum* est instituée à la suite de quoi est établie la forme de prise en charge, soit en hospitalisation complète, soit sous la forme de soins ambulatoires (le passage de l'un à l'autre de ces modes de soins étant bien entendu possible). À noter que dans les 24 heures de l'admission, la loi impose un *examen somatique* du patient. *Le programme de soins* définit le mode de la prise en charge en dehors de l'hôpital : type, périodicité et lieu(x) des soins, sans faire figurer d'éléments cliniques ou le nom des médicaments.

Les saisines du Juge des Libertés et de la Détention. Elles sont principalement systématiques : avant le 15^e jour pour toutes les hospitalisations sous contrainte, puis au 6^e mois d'hospitalisation continue. Mais elles peuvent être facultatives, à tout moment, à l'initiative du patient. *L'audition publique du malade* – sauf si impossibilité médicale

attestée – a lieu au tribunal, ou par visioconférence (sauf si le malade y est opposé ou que cela paraît contre-indiqué), ou dans une salle spécialement équipée de l'hôpital. Le huis clos (audience en chambre du Conseil) peut être demandé, il est rarement refusé. L'action du juge est formaliste, il valide ou invalide la mesure en cours, il ne peut la modifier. À noter qu'en l'absence de saisine dans les délais, la main levée des hospitalisations complètes (HDT et HO) est « acquise, sans débat », ce qui peut poser des problèmes.

Les HDT

L'HDT « classique » est identique à celle de la loi de 1990.

L'HDT « en urgence » intervient lorsqu'existe un « risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade », elle est identique à l'HDT péril imminent de la loi de 90: un seul certificat est exigé, il peut émaner d'un médecin de l'établissement.

L'Hospitalisation « péril imminent » introduit la *contrainte sans tiers*. En cas d'impossibilité de trouver un tiers (SDF, provinciaux, étrangers, etc.) et en cas de péril imminent pour la santé du patient, le directeur de l'établissement décide de l'hospitalisation à la vue du certificat d'un médecin extérieur à l'hôpital. Le directeur doit, dans les 24 heures, rechercher la famille, le tuteur ou toute personne en lien avec le malade.

Au vu d'un certificat d'un médecin de l'établissement, le *directeur peut s'opposer à la sortie « contre avis médical »* d'un malade.

En cas d'HDT prolongée (1 an) en hospitalisation complète, un collège se réunit pour examiner la situation.

Les SPDRP (soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état – ex-HO)

Ils sont décidés par l'autorité administrative « en cas de troubles de l'ordre public », mais deux certificats congruents de psychiatres de l'établissement, établis dans les 6 jours (72 heures + 3 jours), peuvent amener la levée de l'hospitalisation complète ; si les deux psychiatres ne sont pas d'accord, la saisine du JLD est provoquée : il tranchera.

Les malades en HO à la suite d'une déclaration d'*irresponsabilité pénale ou ayant séjourné en UMD*, ou ayant connu de tels antécédents au cours des 10 dernières années, ne peuvent obtenir la sortie de leur hospitalisation complète qu'après avis d'un « collège » qui « éclaire le préfet ». Le collège est composé du psychiatre du patient, d'un autre psychiatre de l'établissement et d'un membre de l'équipe pluridisciplinaire.

Pour les HO et les HDT, *les sorties d'essai* de la loi de 1990 sont supprimées et remplacées par le dispositif du programme de soins. Par ailleurs, les accompagnants du patient lors des *sorties de courte durée* peuvent être la famille, des proches ou la personne de confiance, ce qui devrait les rendre plus faciles (depuis 2002, les accompagnateurs étaient exclusivement des soignants).

Les certificats

En 1838, il ne fallait qu'un seul certificat dans l'HDT, en 1990 il en fallait deux, aujourd'hui il en faudra davantage. Outre les certificats d'admission, il en faudra (pour les HO, comme pour les HDT) un à 72 heures (pour déterminer la suite du traitement : en hospitalisation complète ou en soins ambulatoires), un autre au 8^e jour pour éclairer le juge sur l'état du malade et la nécessité des soins (et dire s'il est auditionnable et/ou transportable), enfin un certificat de douzaine. Cette multiplication de certificats est censée protéger les patients...

L'équilibre des pouvoirs

L'équilibre des pouvoirs entre les quatre grandes autorités est fortement modifié dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011. Aujourd'hui, l'autorité préfectorale n'est plus requise que pour les seules admissions des HO, la sortie de l'hospitalisation complète relevant désormais des médecins, ou du JLD en cas de contestation ; les JLD interviennent principalement pour s'assurer de la légalité des procédures et accessoirement, en cas de désaccord préfet/médecins ou entre médecins. Le directeur de l'hôpital a des prérogatives en matière d'admission (HDT péril imminent) ou de refus de sortie (contre avis médical en HDT), mais toujours sur avis des médecins de l'hôpital. Pour ce qui concerne les soins obligatoires en ambulatoire, ils seront – dans l'immense majorité des cas – *sous la coupe des médecins ; seule une portion congrue* (les 0,5 % de malades « médico-judiciaires ») se verra, en ambulatoire, dépendante de l'autorité préfectorale et judiciaire. Désormais, *il nous revient donc pleinement d'initier des soins sans consentement*, à l'hôpital ou en ambulatoire ; les prochaines années seront riches en enseignement sur l'usage que nous en ferons. Enfin, il est notable de constater que les familles, qui réclamaient par la voie de leurs associations de pouvoir intervenir davantage dans cette loi, ont été tenues à l'écart.

L'organisation territoriale

L'ARS désigne les établissements chargés d'assurer la mission de service public pour chaque territoire (définis par les CPOM) qui doivent être dotés de tous les outils thérapeutiques et définit un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques (y compris les modalités de transport) ; enfin, elle veille à la qualité des actions de soutien et d'accompagnement des aidants des patients.

Enfin, les CDHP deviennent les CDSP (de Soins Psychiatriques) et recentrent leurs missions sur les situations les plus sensibles : HDT péril imminent (absence de tiers) et les hospitalisations complètes de plus de 1 an.

Discussion

Éthique et psychiatrie

Dans l'Histoire de France, les premières mesures de santé publique ont à leur origine un caractère répressif et ségrégatif vis-à-vis de patients porteurs de maladies dont on ne connaissait pas les causes ou que l'on ne savait pas traiter. On a ainsi éloigné les pestiférés, on a isolé les lépreux, on a procédé à des quarantaines, etc. Le critère de dangerosité sociale dominait alors les aspects purement médicaux.

Le xx^e siècle verra entre 1940 et 1970 des législations concernant : les vaccinations, les maladies vénériennes, les alcooliques réputés dangereux, les toxicomanes. Vraisemblablement, la pression sociale a pu conduire à édifier des lois qui paraissent adaptées à un moment de l'évolution de la société, en fonction de l'état de sa culture, mais il y a aussi « l'effet de mode », pour lutter contre des fléaux qui semblent menacer le grand nombre, en privilégiant la protection de la société au détriment des libertés individuelles.

Plus près de nous, l'injonction thérapeutique, notamment mise en place pour les agresseurs sexuels, correspond à une obligation de soins contre une remise de peine.

Certes, ces dispositions ont pour avantage de mettre les usagers en contact avec du personnel soignant, et ceci parfois pour la première fois, ce qui peut ouvrir le champ à une vraie demande de soins ; toutefois, l'espace médical peut être utilisé pour se soustraire à l'emprisonnement. D'où certaines réticences des soignants, posant la question de l'efficacité du système : peut-on soigner sous la contrainte ?

Enfin, tout ceci peut s'avérer une source de confusion grave, ces mesures pouvant transformer le magistrat en prescripteur médical et le médecin en exécuteur d'une sentence...

Le consentement aux soins en psychiatrie

Si la nécessité du consentement aux soins a été réaffirmée comme l'indispensable condition à toute prise en charge (loi « Kouchner » du 4 mars 2002), ils n'en reste pas moins que les soins sans consentement en psychiatrie concernent une partie non négligeable des hospitalisations.

Les données enregistrées sont peu précises. Les chiffres publiés, incomplets et parfois contradictoires, font néanmoins apparaître quelques grandes tendances :

- une stabilisation de la part relative des hospitalisations sans consentement dans le nombre total d'hospitalisations (11 % en 1992, 13 % en 2002) ;
- une durée moyenne de séjour qui diminue de manière globale, avec notamment une stabilisation des hospitalisations sans consentement de longue durée ;
- surtout, il faut noter que la France est un des pays européens à recourir le moins à l'hospitalisation sans consentement (qui concerne majoritairement les sujets de sexe masculin (69 %)).

L'évaluation de la capacité à consentir du malade doit être examinée à partir de cinq dimensions : capacité à recevoir une information, à comprendre et à écouter, à raisonner, à exprimer librement sa décision, mais également à la maintenir dans le temps.

L'amélioration de l'observance thérapeutique des patients reste un souci majeur pour les équipes psychiatriques ; par exemple, délivrer des informations adaptées favoriserait l'alliance thérapeutique en permettant au patient et à sa famille de s'impliquer dans le soin.

En avril 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations pour la pratique clinique : « Modalités de prises de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux » [1].

Ce rapport insiste sur : l'importance de l'évaluation clinique initiale du patient (somatique et psychiatrique), l'évaluation de l'entourage du malade, la place de la sédation physique, l'immobilisation du patient qui peut s'avérer nécessaire pour préserver sa sécurité ou celle des intervenants, les qualités et les capacités de compréhension et de soutien de l'entourage familial et social doivent être également évaluées en tenant compte d'un possible épuisement physique et/ou psychique. L'information doit porter sur le caractère pathologique des troubles

présentés, sur leur retentissement possible et sur les modalités et les conditions d'application du traitement.

Les indications d'une hospitalisation sans consentement sont discutées en tenant compte du fait qu'il doit y avoir association de troubles mentaux et de la nécessité de soins immédiats. Tour à tour, on examine : le risque suicidaire, le risque d'hétéroagressivité, la prise d'alcool ou de toxiques associés, l'importance du délire ou des hallucinations ou des troubles de l'humeur, ainsi que le degré d'incurie. Certes, il ne s'agit là que d'un cadre général d'application, dont la pertinence doit être étudiée au cas par cas.

Il est rappelé que le patient peut avoir accès à son dossier médical ; dans le cas d'une hospitalisation sans consentement mais qu'en cas d'une gravité particulière, la consultation du dossier peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le patient ou bien alors la Commission Départementale des Hospitalisations est saisie (CDHP).

Ainsi, dans la pratique quotidienne, lorsqu'un patient montre une abolition de son discernement, prévaut le principe de l'intervention médicale dans l'intérêt d'un sujet dont on estime qu'il n'est pas en état de donner un consentement libre et éclairé. Dans certaines situations, le malade mental est donc présumé dans l'incapacité de donner son accord aux soins qui apparaissent pourtant nécessaires pour sa santé.

La légitimité de telles mesures amène à considérer que le malade mental a perdu son libre arbitre du fait d'un trouble mental qui l'empêche de se prendre en charge, tout comme le comateux relevé au bord de la route (que l'on ne peut abandonner à son triste sort : il doit être conduit à l'hôpital et opéré si son état le nécessite, sans que l'on attende qu'il se réveille pour obtenir son consentement), ou de la désespérée qui a commis un acte suicidaire et qui va être réanimée (même si elle avait laissé une lettre demandant qu'on la laisse mourir).

C'est là qu'entre en jeu l'éthique médicale qui place l'intérêt du patient au premier plan, ce que Henri Ey résumait de façon lapidaire : « la maladie mentale est une pathologie de la liberté... le but de la psychiatrie est la désaliénation du sujet »...

Soins sans consentement en ambulatoire : une actualité brûlante

Se focaliser sur la maladie et non sur la séquestration, tel est le saut sémantique introduit par la nouvelle loi qui va nous amener à engager plus clairement la démarche thérapeutique. « Vous avez une maladie qui nécessite des soins » va-t-il falloir dire au malade et non pas : « je vais devoir vous enfermer ».

L'introduction du concept des soins psychiatriques sans consentement en ambulatoire est assez récente [2]. Nous avons vu qu'il a été élaboré avec la participation des représentants des usagers et des familles [3]. Il répond à certaines de leurs attentes : il serait plus adapté aux modes de prise en charge moderne, la contrainte devenant possible dans des lieux différents, sans obliger à une hospitalisation. La loi de sectorisation, qui concerne les soins extrahospitaliers, les plus nombreux, environ 80 % des malades des files actives des secteurs, n'avait rien prévu. Les sorties d'essai de la loi de 1990 (ou permissions, ou congés d'essai) [5], s'avéraient légitimes lorsqu'il s'agissait de permettre à des patients de reprendre pied dans leur vie, de manière précautionneuse à l'extérieur de l'établissement, mais devenaient illégales lorsqu'elles se prolongeaient abusivement (dans certains cas plusieurs années), prenant alors le masque d'une obligation de soins ambulatoires.

À notre connaissance, dans au moins deux pays (Israël, Belgique) les soins obligés en ville existent, avec des succès variables. En France, la politique de sectorisation, qui a permis un quadrillage du territoire par des équipes bien repérables, va constituer le meilleur des atouts pour la réussite des soins ambulatoires sans consentement dont on ne peut à ce jour prédire l'avenir.

Des arguments plaident de façon certaine en leur faveur : il existe dans chacune des files actives des secteurs psychiatriques un petit nombre de malades pour qui l'hospitalisation (ou l'hospitalisation prolongée) n'est pas nécessaire (ou même serait nocive), mais pour qui les soins sans consentement en ambulatoire sont indiqués, ils vont :

- permettre de porter assistance à de nombreux malades qui sont actuellement délaissés faute de disposer de la possibilité de les traiter ;
- permettre d'éviter à certains patients de vivre le stress (ou l'infamie) de la séquestration à l'hôpital psychiatrique ;
- entraîner chez ces malades, bien traités, une meilleure évolution de leur maladie ;
- diminuer les facteurs de désocialisation ;
- diminuer le nombre de patients mis systématiquement sous neuroleptiques ou antipsychotiques à action prolongée par crainte qu'ils n'interrompent leur traitement une fois sortis de l'hôpital ;
- diminuer le nombre de patients – artificiellement placés en « sorties d'essai » interminables pour qu'ils continuent à prendre leur traitement – ou ceux qu'on ne laisse pas sortir de l'hôpital par crainte d'un arrêt de traitement ;
- vraisemblablement permettre à de nombreux détenus de ne pas échapper aux soins en prison et pour qui J.L. Senon craint que, en l'absence de soins sans consentement en ambulatoire, on ne revienne « au modèle de l'asile d'antan et de l'hospitalisation contrainte à vie pour certains patients » [6].

- enfin, et surtout, ils vont prodiguer certainement un meilleur confort au psychiatre dans l'exercice de son art...

Limites

Nous devons vraisemblablement tenir compte, dans un nombre de cas cliniques non négligeables, du respect de l'éthique et des libertés individuelles et de leurs limites, limites qu'il va nous falloir définir dans les prochaines années : l'éthique reflétant grosso modo le consensus de règles de vie auxquelles se rallie la majorité d'une communauté à un moment donné en fonction de l'état de sa culture (ce qui explique d'ailleurs le polymorphisme des réponses apportées à ces questions un peu partout dans le monde et dans le temps).

En pratique, dans la loi du 5 juillet les psychiatres des hôpitaux ont obtenu le pouvoir de décider pour la grande majorité des cas les décisions d'entrée et de sortie de l'hôpital. De même, et l'usage va le montrer dans l'avenir, l'initiation de soins sans consentement leur reviendra principalement. Si bien qu'il leur appartiendra de délimiter les champs d'action de ces soins (ambulatoires ou non), le pouvoir préfectoral étant désormais réduit et le pouvoir de décision du juge reposant sur des certificats ou sur des expertises médicales.

Toutes choses étant égales, les motivations qui ont provoqué, depuis près de 200 ans, des Hospitalisations sur la Demande d'un Tiers (plusieurs millions ?) nous ont toujours semblé poser le même problème éthique que pour les indications de soins sans consentement en ambulatoire : dans ces deux cas, les soins ne sont pas dictés par la protection de la société mais bien par le souci de la personne. Or, *il n'existe pas de critères cliniques (ou autres) reconnus, ou enseignés, qui puissent nous donner des indications précises sur le début ou la fin de SCA ou d'une HDT*. Il est édifiant, à cet égard, d'analyser les statistiques nationales qui objectivent des différences très importantes, d'un département à l'autre dans l'usage qui est fait de l'HDT, du simple au quadruple... Ceci sous-entend vraisemblablement que l'on refuse très diversement en France d'accepter l'idée que quelqu'un puisse être libre « d'être malade mental ». S'agit-il d'une plus grande tolérance vis-à-vis de la maladie mentale et de ses répercussions sociales ou bien d'une absence d'information/formation, ou bien encore d'un manque de moyens financiers ou en hommes ?

D'autres problèmes se poseront pour les soins sans consentement en ambulatoire, citons ceux qui paraissent évidents : celui de leur durée, 1 mois, 1 an, 10 ans ? Celui des éventuels effets indésirables des traitements et de leur tolérance et de notre latitude à pouvoir les imposer, etc.

Références

1. HAS (2005) Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux.
2. Vidon G (1995) Pour des soins obligatoires en ambulatoire. *Nervure* 8 : 65-8.
3. Strohl H, Clemente M (juin 1997) Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990.
4. Piel E, Roelandt JL (juillet 2001) De la psychiatrie vers la santé mentale.
5. Masse G, Zwingenberger M (2006) Les sorties d'essai : évolution et perspectives. *Info Psy* 82 : 481-93.
6. Senon JL (2005) Soins ambulatoires sous contrainte : une mise en place indispensable pour préserver une psychiatrie publique.