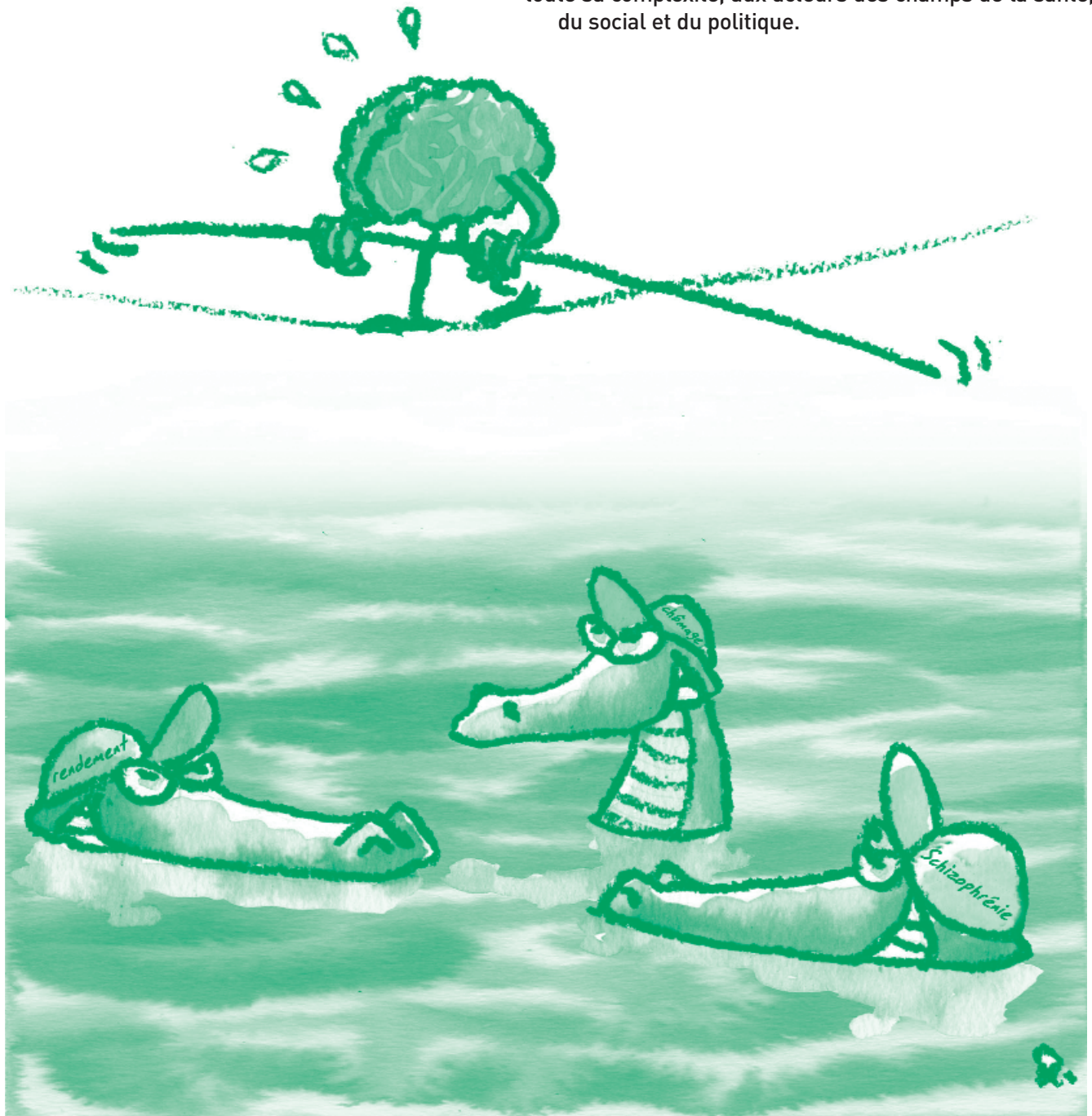


SANTÉ MENTALE ET NEUROSCIENCES

Par Catherine Panassier

Le champ de la santé mentale apparaît comme un univers complexe et intrigant. Depuis toujours, la pensée, l'esprit, l'âme ou le cerveau ont soulevé de nombreuses questions. Si, dans l'Antiquité, les maladies du corps ne sont pas séparées de celles de l'âme et que toutes deux sont explicables par la physiologie et ont comme traitement des méthodes physiques, il en est tout autrement au Moyen Age où les maladies de l'âme sont assimilées à la possession par le diable. La Renaissance marque l'exclusion des mendiants, des malades comme des fous, c'est la grande époque de l'enfermement. Cette tendance s'inversera en 1800 quand Pinel introduira la notion de traitement moral des maladies mentales. Le XIXe siècle puis le XXe seront marqués par la description scientifique des maladies, l'émergence de la psychanalyse et des premières thérapies (chimiothérapie, hypnose, traitement de choc, et psychanalyse élevée au rang de spécialité médicale). Aujourd'hui, le champ de la santé mentale recouvre une multitude d'approches qui, si elles ne permettent pas de définition claire, démontrent une conjugaison de recherches et de disciplines qui tend vers une conception « bio-psycho-sociale » de la santé mentale. Entre les progrès de la médecine sur la connaissance et l'analyse du cerveau, l'émergence de nouvelles psychothérapies et la prise de conscience de l'importance de l'interaction entre les champs de la santé et du social, les approches se multiplient, s'entrechoquent ou se complètent. La banalisation des troubles psychiques et l'accroissement du symptôme de mal-être (et de ses conséquences en termes de santé) lié à l'évolution de notre société, font de la santé mentale un enjeu majeur de société. Enjeu qui s'impose, dans toute sa complexité, aux acteurs des champs de la santé, du social et du politique.



L'importance de l'interaction entre les champs du social et de la santé

Jean Furtos, Psychiatre, directeur scientifique de l'Observatoire Régional sur la Souffrance Psychique En Rapport avec l'Exclusion - Observatoire National en Santé Mentale et Précarité.

Entretien réalisé le 13 février 2006 par Catherine Panassier

Vos réflexions se retrouvent souvent sous le vocable de « clinique psychosociale », pouvez-vous nous préciser ce qu'il recouvre ?

La clinique psychosociale est à la croisée de la santé mentale et du lien social. Elle se définit comme la prise en compte de la souffrance psychique lorsqu'elle apparaît sur les lieux du social, à l'occasion et autour de la perte des « objets sociaux » (travail, argent, logement pour l'essentiel). À ce niveau, la différence entre pathologie franchement psychiatrique et souffrance psychique n'est plus pertinente : on se trouve dans une filière sociale qui fait identité. Les formes cliniques d'expression de la souffrance s'étaient sur la perte des objets sociaux et sur les formes d'aide et d'assistance qui y répondent.

Au-delà du concept de « clinique psychosociale », vous abordez aujourd'hui celui du « vivre ensemble ». Est-ce révélateur d'une évolution de vos réflexions ?

Tout à fait, il s'agit d'un cheminement de pensée. Lors de nos premiers travaux, nous nous sommes focalisés sur la souffrance psychique qu'évoquaient les travailleurs sociaux. Ces derniers percevaient une souffrance individuelle d'origine sociale qui empêchait tout travail de réinsertion. Cette souffrance affectait les professionnels alors confrontés à leur propre incapacité d'action. C'est sur cette base que nous avons développé la clinique psychosociale. Il convenait de légitimer la souffrance psychique dans le champ social. Depuis 2004, nous avons élargi encore notre champ au-delà de celui du social, à celui du « vivre ensemble ». La grande question étant « Comment vivre debout et avec autrui dans la société actuelle ? ». On ne transforme pas les questions sociales et politiques en questions psychiatriques, mais on reconnaît leurs effets sur la souffrance psychique. On parle même aujourd'hui d'une « clinique de l'injustice », pour reprendre le terme du philosophe Emmanuel Renault. Ainsi, nous mettons la psychiatrie au service de la santé mentale. Cependant, on ne tombe pas dans le compassionnel. La souffrance vécue peut être une source d'action ; être branché sur cette souffrance, c'est aussi un indice de réalité.

Où ce moteur peut-il conduire ?

Personne ne le sait vraiment à ce jour. C'est un défi de civilisation, on est dans un « entre deux » et il faut tenir ce temps sans tomber dans la dépression ou pire dans l'auto-exclusion. La mondialisation, vécue comme le principal ennemi d'aujourd'hui, sera peut-être le remède de demain. Les choses se jouent à la fois dans le local et le mondial. Il faut tenir les deux. La situation est complexe

face aux phénomènes de repli ou de totalitarisme et la partie n'est pas gagnée. Mais, on tente de résister, de construire, d'écrire et de décrire sans entrer dans une dénonciation qui en rajouterait au climat persécutoire actuel.

La « clinique psychosociale » et plus globalement la question « du vivre ensemble » conduisent les professionnels de la psychiatrie à appréhender différemment leur métier. N'assistons nous pas, après la sectorisation, à une nouvelle évolution significative de la psychiatrie publique ?

Nous sommes effectivement à un tournant. Les pratiques, c'est bien connu, anticipent toujours les lois. Nous vivons une décentralisation de l'Etat vers les élus locaux sans que les transferts de compétences ne soient légalement mis en place. Néanmoins c'est une réalité. L'état se désengage et le plan santé mentale du gouvernement se révèle plus être un ensemble d'orientations, un cadre d'actions plutôt qu'une politique structurée assortie des moyens nécessaires à sa mise en œuvre. Concrètement pour les praticiens de la psychiatrie, cette ouverture de la psychiatrie sur le « vivre ensemble » induit une révision des modalités ordinaires d'admission aux soins psychiatriques et une lecture psychodynamique des modalités de souffrance qui se déploient sur les lieux du social et dans la société dans son ensemble. Elle nécessite une définition claire de la place et de la fonction des uns et des autres, « psy » et « non psy », face à cette souffrance autant psychique, que sociale ou sociétale.

Les pathologies, comme les thérapies, sont-elles de fait, plus diverses ?

Les maladies sont effectivement sujettes à évolution. Les névroses ou psychoses d'aujourd'hui ne sont pas celles d'hier. Aujourd'hui, il y a toute une frange de souffrances qui ont comme caractéristique d'être liées à une composante sociale, de donner une diminution de la capacité d'agir et donc un rapport à la dépression. Mais dans ces cas, prescrire un antidépresseur ou envisager une psychothérapie traditionnelle est totalement inutile. L'accompagnement de la personne est de loin la solution à privilégier. Celui-ci peut être le moyen d'aider la personne mais aussi, et peut-être surtout, de prévenir un désespoir plus grand qui peut conduire à des formes d'aliénation et d'auto-exclusion.

Retrouvez l'intégralité de l'interview sur www.millenaire3.com

Santé mentale et société

■ Une vision politique et institutionnelle très large de la santé mentale

Folie, phobies, troubles mentaux, dépressions, déprimés, suicides, névroses, psychoses, mal-être et autres dénominations ont en commun de relever du champ de la santé mentale. Ce terme de santé mentale que l'on retrouve dans les déclarations du gouvernement (discours du Ministre Douste-Blazy,...), de l'OMS (rapport sur la santé mentale 2001), de la Communauté européenne (résolution du Conseil du 18 novembre 1999) semble donc reposer sur une évidence sémantique et être signifiant pour tous. Or, un des problèmes majeurs auxquels se trouvent confrontés les professionnels de santé et les institutions pour élaborer les politiques de santé publique est bien de savoir ce que ce terme recouvre. Si l'on retient la définition de l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique mental et social, il ne s'agit donc pas seulement de l'absence de maladie ou d'infirmité. La santé mentale ne serait donc pas seulement l'absence de maladie mentale. Dans cette approche, « la santé mentale et le bien être mental sont des conditions fondamentales à la qualité de la vie ; confèrent un sens à notre existence et nous permettent d'être des citoyens à la fois créatifs et actifs. La santé mentale est un élément essentiel de la cohésion sociale, de la productivité, de la paix et de la stabilité dans le cadre de vie, elle contribue au développement du capital social et de l'économie dans les

sociétés. La santé mentale publique et les modes de vie propices au bien-être mental sont déterminants si l'on veut atteindre ce but ». C'est dans cet esprit que les ministres de la Santé des Etats membres de la Région européenne de l'OMS ont engagé un plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe pour cinq ans. En présentant le plan français « psychiatrie et santé mentale 2005-2008 », le 4 février 2005, Philippe Douste-Blazy alors ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, a précisé que sa volonté était d'apporter une réponse construite avec l'ensemble des acteurs, non seulement pour la santé publique, mais aussi pour notre société.

Le plan français « psychiatrie et santé mentale 2005-2008 »

Le plan prévoit de relancer les investissements en faveur de l'hôpital psychiatrique, d'augmenter les moyens humains, d'améliorer la formation des infirmiers et de développer l'offre sociale et médico-sociale. Les services d'accompagnement à domicile et la création de « clubs » d'entraide sont particulièrement soutenus. Un effort particulier porte sur l'action en faveur des détenus, l'amélioration de la prise en charge de la dépression et la lutte contre le suicide. Il donne des perspectives et un nouveau souffle aux acteurs intervenant en psychiatrie, bien que pour beaucoup de professionnels, les moyens restent encore trop limités.

■ Des outils de classification des maladies mentales pour y voir plus clair ?

Les troubles mentaux et du comportement sont définis dans les deux nosographies psychiatriques que sont la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'OMS et le manuel diagnostique et statistique (D.S.M.) du American Psychiatric Association. Les symptômes varient, mais consistent généralement en un certain dysfonctionnement des pensées, des émotions, du comportement et/ou des relations avec les autres, dysfonctionnement qui s'inscrit dans la durée et peut perturber la vie sociale, personnelle ou professionnelle du malade. Relèvent de cette catégorie les états déficitaires, les troubles de l'humeur, les névroses, les états délirants ou psychoses et les troubles

du comportement (déséquilibre psychique et perversions sexuelles)... Mais on trouve aussi le stress intense, les troubles de l'alimentation, les troubles obsessionnels et compulsifs, ceux dus à l'usage de substances psychoactives... L'absence de consensus sur les définitions et les symptômes pathologiques, les controverses entre différentes écoles de pensées (psychodynamique, cognitiviste...), entre professionnels (psychanalystes, neurologistes, psychiatres, psychologues), entre cultures (tradition française de psychiatrie, allemande ou encore américaine) contribuent à brouiller les pistes entre troubles mentaux, maladies mentales et santé mentale.

■ Le regard porté sur les maladies évolue

De plus, la notion de maladie mentale évolue avec les avancées dans le domaine des neurosciences : des pathologies considérées comme purement mentales se révèlent avoir des causes biologiques, résulter d'une prédisposition génétique... Ainsi, l'épilepsie, longtemps assimilée à l'hystérie, est maintenant clairement identifiée comme étant liée à un embrasement de l'activité électrique du cerveau. En revanche, les conséquences de cette maladie, lorsqu'elle n'est pas prise en charge, peuvent à terme conduire à des pathologies relevant de la santé mentale : troubles de la personnalité, retard ... Au côté de la science, la société joue un rôle important par les normes qu'elle instaure. L'image des personnes atteintes de troubles psychiques ou de maladies mentales et de fait la relation de la société à la maladie mentale ont évolué au cours des siècles, mettant en évidence une interaction forte entre projet de société et traitement de la maladie mentale. Avec le temps, l'évolution des mentalités contribue aussi à déclas-

sifier des comportements : l'homosexualité en est un bel exemple. Enfin, les maladies évoluent aussi en fonction des contextes socio-économiques. Ainsi, des conditions socio-économiques difficiles, ou vécues comme telles, font naître toute une catégorie de troubles qui sont assimilés au champ de la santé mentale car ils sont facteurs de souffrance psychique. Aujourd'hui, l'augmentation de la fréquence des utilisations de l'expression "souffrance psychique" et "mal-être" marque l'appropriation par le grand public du langage de la santé mentale pour évoquer des aléas de la vie quotidienne. Elle illustre aussi une meilleure compréhension de l'information médicale et des relations entre le corps et l'esprit. Cependant, si ces évolutions indiquent une certaine banalisation des affections touchant le psychique, la peur de la discrimination est loin d'avoir disparu : une personne sur trois ne consulte pas par peur de l'étiquetage, du regard des autres ou des conséquences éventuelles sur le travail.

■ Définition consensuelle de la santé mentale

Au final, les discours s'accordent pour dire que la santé mentale repose sur un certain nombre de critères à la fois biologiques, psychologiques et sociaux. La maladie mentale est une souffrance qui a une conséquence comportementale, émotionnelle et cognitive. Elle modifie les rapports du sujet à son entourage et à ses proches. À l'in-

verse, une personne en bonne santé mentale a un certain équilibre psychologique qui lui permet de gérer de manière satisfaisante les tensions et conflits de sa vie et d'être en adéquation avec son environnement social, professionnel et familial.

■ Quand l'importance d'un phénomène devient enjeu de société

Les troubles psychiques touchent 400 millions de personnes dans le monde. Dans son rapport de 2001 sur la santé dans le monde, l'OMS rappelle qu'une personne sur quatre présente un ou plusieurs troubles mentaux ou comportementaux au cours de sa vie, quels que soient les pays considérés. En France, un quart des patients qui consultent en médecine générale présente une souffrance en relation avec un problème de santé mentale. Environ trois millions de personnes traversent chaque année un épisode dépressif.

En médecine de ville, le nombre de recours aux soins pour troubles de la santé mentale – regroupant troubles névrotiques et psychotiques, anxiété, dépression, troubles de l'enfance et troubles du sommeil – s'accroît pour l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes (près de 49 millions de recours de septembre 2001 à août 2002 contre 44 millions sur la même période deux ans auparavant). Le nombre de consultations par les psychiatres en ville est passé de 13,4 millions en 1992 à près de 16 millions en 2001 (+19,4%). Le dispositif public spécialisé en psychiatrie suit aussi davantage de personnes : 1,1 million de personnes adultes vues en 1999, soit +56 % de 1989 à 1999. Entre 1991 et 2000, le nombre global de jeunes suivis en psychiatrie infantile-juvénile a presque doublé (Direction générale de la santé).

Santé mentale et médecine

■ Le cerveau en analyse

Une approche moins globalisante consiste à considérer la santé mentale comme une absence de maladie mentale. Or, toutes les maladies mentales proviennent de dysfonctionnements du cerveau. De fait, il est légitime de prôner aussi une nécessaire amélioration de la connaissance du cerveau pour agir sur les maladies mentales. Une telle approche conduit à se focaliser moins sur les contextes de vie et l'affectif, et davantage sur la recherche et la médecine pour mieux cerner ces maladies. On peut présenter ces dernières en trois grandes catégories : les dysfonctionnements cérébraux héréditaires, les maladies

neurodégénératives et les maladies comportementales ou psychiatriques. Les recherches et les outils d'analyse et de compréhension du cerveau, notamment les progrès en matière d'imagerie médicale, ont permis de grandes avancées et sont vraiment prometteurs pour le traitement de maladies héréditaires et dégénératives. Cependant, on ne sait pas aujourd'hui précisément quelle région du cerveau d'un patient dépressif, paranoïaque ou schizophrène, peut être affectée, ni de quelle manière, ni pour quelle raison.

■ Des recherches porteuses d'espoirs

Devant la complexité des maladies de la psyche, les scientifiques, psychiatres, épidémiologistes et biologistes, s'efforcent aujourd'hui de dresser un état des lieux des observations réalisées sur certains facteurs significatifs susceptibles de déterminer divers troubles de l'esprit et de la personnalité. Cette étude coordonnée par le professeur Jordi Alonso (Institut Municipal d'Investigació Mèdica de Barcelonne) entend ainsi dresser le premier panorama de la santé mentale à l'échelle de plusieurs pays européens. Deux autres études financées par l'Union

depuis 1996 et coordonnées par Julien Mendlewicz (Hôpital Erasme de Bruxelles) ont pour objectif de traquer les gènes de susceptibilité à la dépression. Cependant, la dépression frappe différemment selon le milieu de vie et l'entourage affectif. L'étude ODIN (Outcome of Depression in Europe), coordonnée par Christopher Dowrick (Université de Liverpool) montre l'importance de l'existence d'interactions sociales denses dans la prévention de la dépression.

■ Quand la psychiatrie rejoint la neurologie

La neurologie moderne, née dans la seconde moitié du XIXe siècle avec l'essor de la nosologie, (discipline médicale décrivant et classant les maladies) se consacre aux maladies du système nerveux attribuables à une cause organique. La psychiatrie traite au contraire des maladies pour lesquelles aucune cause organique ne pouvait être identifiée. La psychiatrie a pris son autonomie peu à peu au cours du XXe siècle. La découverte des médicaments dits psychotropes, capables d'agir sur l'esprit, après la deuxième guerre mondiale, puis les réformes universitaires de 1968, ont renforcé la distinction entre la psychiatrie et la neurologie. Ainsi, schématiquement, la psychia-

trie traite les maladies de la pensée et la neurologie les maladies du système nerveux. Aujourd'hui, des praticiens semblent considérer que cette distinction marquée est néfaste et peu pertinente sur le plan clinique. Elle contribue en effet à priver chacune des deux disciplines de l'expertise et du savoir-faire de l'autre, notamment dans la conduite de l'examen clinique et du dialogue avec le patient. En outre, les progrès des neurosciences montrent que les différences s'estompent : les maladies psychiatriques peuvent certainement s'expliquer par des dysfonctionnements des réseaux neuronaux et des systèmes de communication moléculaire, même s'ils sont à ce jour

méconnus. A contrario, les maladies neurologiques peuvent s'exprimer par des troubles de la pensée. Par exemple, la démence frontale débute par des troubles du comportement relevant de la psychiatrie, puis ils s'aggra-

vent, occasionnent la dégénérescence progressive du lobe frontal et font ainsi entrer la maladie dans le champ de la neurologie. (Camu & Chevassus-au-Louis, 2003). La tendance est au travail interdisciplinaire entre les soignants.

■ Quand une société va mal, la population souffre...

Notre société est marquée par le déclin des institutions, de l'autorité, et par la fragilisation des liens sociaux (du mariage au contrat de travail). Tout cela met l'individu tout au long de sa vie en situation d'incertitude existentielle, le poussant à toujours se remettre en cause, à s'interroger sur son devenir, à trouver en soi, les ressources de son action. Fini le bon temps des cadres collectifs protecteurs et des convictions de progrès ; l'époque est à la responsabilisation individuelle et à la quête de sens à donner à sa vie. « Nous quittons peu à peu un régime de progression annoncée où l'avenir de la société est pensé mécaniquement de façon positiviste, où la Science avec un grand S va nous aider à résoudre tous les problèmes qui se présen-

tent. La progression n'est plus systématique. Nous sommes plutôt entrés dans un projet collectif qui ne serait pas celui de l'avenir mais du devenir. On essaie alors de penser des conditions de possibilité d'un devenir personnel et collectif » (Christian Laval, ORSPERE). Cette mobilisation permanente de l'individu, sommé de réussir sa vie par lui-même, produit une pathologie particulière : « la fatigue d'être soi ».

Plus largement, l'absence de sens clair et mobilisateur de notre société et l'actuel contexte socio-économique, qui génère de la précarité et de l'insécurité sociale, conduisent nombre d'individus vers des états psychologiques négatifs, à la base de la souffrance psychique.

■ La plupart des stimuli négatifs qui génèrent la souffrance psychique sont socialement induits

Les événements marquants de la vie (mariage, maladies, décès d'un proche, perte d'emploi, séparation...) impactent notre santé. Les cliniciens insistent sur l'effet péjoratif d'un événement de vie malheureux sur la constitution ultérieure de certaines maladies et notamment des cancers. Il a, par exemple, été démontré qu'une femme ayant vécu le deuil d'un proche a davantage de risque de développer un cancer du sein. Cependant, le vécu de notre position professionnelle et sociale est tout aussi déterminant pour notre santé. Le sentiment de maîtriser son activité professionnelle, la satisfaction intellectuelle, la confiance en

l'avenir, l'estime de soi, les réseaux d'échanges avec les autres, la liberté de ses choix, le sens donné à sa propre vie, la conscience de son utilité et le prestige social associé au travail sont autant de facteurs puissants de protection. À l'inverse, le fait d'être pauvre, de se sentir pauvre, d'être perçu comme pauvre, l'insécurité, le mépris subi, la honte et le sentiment d'inutilité sont autant d'états mentaux défavorables à la santé. Ce sont ces stimuli affectifs négatifs qui constituent « la souffrance psychique » et agissent sur la vulnérabilité des individus.

■ Des publics particulièrement touchés

La précarité accroît la vulnérabilité des individus et devient alors elle-même un facteur de surmortalité et de surmorbidité. Il est maintenant acquis que dans une population défavorisée, la fréquence des troubles psychiques sévères (manifestations d'angoisse, phobies, dépression majeure) est beaucoup plus grande que dans la population en général. À titre d'exemple, les symptômes évoquant une dépression sévère surviennent avec une fréquence de près de 20% chez les hommes RMIstes contre moins de 3% en population générale. Les jeunes et les personnes âgées comptent parmi les publics les plus vulnérables. Dans une récente enquête de La Mutuelle Des Etudiants, 50% des jeunes interrogés déclaraient n'avoir peu ou pas confiance en l'avenir. Or, les jeunes en difficulté évoquent comme raisons de leur souffrance, essentiellement, la honte, la perte de l'estime de soi et l'absence de sens à leur vie. À l'autre bout de la chaîne, la France a le plus important taux de suicide d'Europe des personnes âgées et si l'isolement demeure un phénomène de notre société, il est probable que ce taux ne diminue pas. Pour le psychiatre et psychanalyste Paul Machto, il est évident que le social crée des conditions pathogènes mais en même temps cela s'inscrit toujours dans une histoire individuelle. Confronté aux mêmes conditions pathogènes, chacun ne réagit pas de la même façon.

Le psychologue n'est pas un médecin et ne prescrit donc pas de médicaments. Ses honoraires ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale.

Le psychiatre est un médecin spécialiste. Il peut soigner par psychothérapie et prescrire des médicaments, des arrêts de travail... Ses honoraires sont remboursés (en partie ou en totalité).

Un psychanalyste peut être médecin ou non médecin (alors souvent psychologue clinicien de formation). La psychanalyse est une forme particulière de psychothérapie qui va au-delà des symptômes pour rechercher l'origine profonde des troubles. Elle suppose un engagement dans le temps et financier. Tous les trois sont tenus au secret professionnel. En France, les psychologues sont 40 000, dont 70 % sont psychologues cliniciens, les psychiatres, 8 000, les psychanalystes, 6 000, et les psychothérapeutes, praticiens non médicaux venus d'horizons divers, 5 000.

Psychothérapie : toute technique de soins des troubles psychiques ou de la souffrance psychique qui fait appel à la parole.

Névrose : affection psychique sans altération de la personnalité. La personne est consciente du caractère pathologique de ses troubles qui entravent son existence.

Psychose : affection mentale caractérisée par une altération de la personnalité, avec généralement délire et parfois hallucinations. La personne n'est pas consciente de son état.

Dépression : état mental pathologique caractérisé par de la lassitude, du découragement, de la faiblesse, de l'anxiété.

Psychotrope : substance naturelle, semi-synthétique ou synthétique, susceptible de modifier l'activité mentale au niveau de la vigilance, des perceptions, du cours de la pensée, de l'humeur.

Tranquillisants : les tranquillisants mineurs ont un effet symptomatique sans modifier profondément le cours de la maladie, ni induire d'effets secondaires neurologiques comme les tranquillisants majeurs.

Neuroleptique : tranquillisant majeur.

Antidépresseur : substance qui a la capacité d'inverser l'humeur.

Anxiolytique : médicament de l'anxiété. La majorité appartient à la catégorie des psycholeptiques ou sédatifs.

Comment soigne-t-on les maladies mentales ?

■ Le boom des sciences cognitives

Depuis les années 1990, les sciences cognitives (sciences de la pensée), jusque-là centrées sur l'étude des phénomènes intellectuels (perception, mémoire, langage, conscience, etc.), ont pris la mesure de l'importance des émotions dans la vie psychique. Celles-ci sont aujourd'hui reconnues comme un auxiliaire indispensable à la raison. La peur nous évite de prendre des risques inutiles, la colère peut nous aider à faire face à des obstacles...

(A. Damasio, « L'Erreur de Descartes » 1994). La capacité à décrypter ses propres émotions et celles d'autrui, ou bien encore à savoir les utiliser à bon escient, relèverait d'une certaine forme d'intelligence (D. Goleman « L'intelligence émotionnelle » 1995). L'étude de ces processus cognitifs au moyen des méthodes des neurosciences cognitives est également une grande source d'espoir.

■ Le cognitif investit aussi la psychothérapie

Le terme de psychothérapie a été créé en 1891 par Freud. Cependant, si la psychothérapie psychanalytique, qui vise à comprendre la genèse du symptôme et à rendre au patient l'énergie qui est immobilisée par ses conflits inconscients, existe toujours, de nouvelles formes sont apparues. La thérapie systémique, par exemple. Au lieu de soigner une personne seule sans tenir compte de son entourage, elle vise l'analyse des interactions dans un groupe ou une situation, pour en tirer les conséquences thérapeutiques. Et, plus récemment, est apparue la psychothérapie comportementale (ou cognitive). Les thérapies cognitives et comportementales étudient les dysfonctionnements ou distorsions de la pensée, les identifient et les expliquent afin de pouvoir ensuite les

remettre en cause, les modifier ou les éliminer et permettre ainsi de nouveaux comportements plus adaptés. C'est une psychothérapie courte qui ne s'intéresse pas aux causes des troubles. Pour certains, à l'exemple de Paul Matchto ou de Michel Bon, psychiatres et psychanalystes, les techniques comportementalistes sont des techniques de conditionnement, d'adaptation, pas des techniques de libération de l'individu. Ce conflit entre psychanalystes et comportementalistes a été largement mis en évidence à l'occasion de la sortie du livre noir de la psychanalyse en 2005. Pour d'autres médecins, et notamment Edwige Lantier, psychiatre, l'essentiel porte plus sur la qualité de la relation entre le thérapeute et son patient que sur le type de psychothérapie employée.

■ Les antidépresseurs : nous sommes toujours les plus grands consommateurs d'Europe

La France, avec de fortes disparités régionales, est largement championne pour les quatre catégories de psychotropes : tranquillisants, anti-dépresseurs, neuroleptiques et anxiolytiques. Elle en consomme trois fois plus que l'Allemagne ou la Grande-Bretagne et deux fois plus que l'Italie (E. Zarifian, Caen 1996). Quelque soit leur catégorie, ils tendent à augmenter les apports de neurotransmetteurs au cerveau et visent ainsi à corriger des déséquilibres biochimiques. Le traitement dure en moyenne quatre mois à dose pleine, auxquels il faut ajouter deux mois supplémentaires avec des doses dégressives avant l'arrêt total. Ces médicaments comportent des effets secondaires. En France, un adulte sur dix consomme au moins pendant six mois de l'année un médicament psychoactif. La consommation de somnifères et tranquillisants concerne 9% des femmes et 4% des hommes (Baromètre santé adultes 95/96).

Aujourd'hui, pour sortir de la spirale infernale de la dépression, il existe différents traitements efficaces et reconnus : psychothérapies, antidépresseurs et traitements par électrochocs. Ils sont utilisés en association ou individuellement en fonction de différents facteurs comme l'importance et le type de la dépression ainsi que la tolérance vis à vis des effets secondaires. La plupart du temps, l'association d'un traitement médicamenteux et d'une psychothérapie est utilisée pour venir rapidement à bout de la dépression. Il s'agit le plus souvent d'une psychothérapie de soutien. Pour toutes les autres psychothérapies plus structurées (analytiques, comportementales, etc.), elles ne peuvent être prescrites isolément que si la dépression est légère et avec un patient qui conserve ses capacités de penser. Dans les dépressions plus sévères, il lui devient impossible d'élaborer les aspects psychologiques et le traitement médicamenteux est alors nécessaire.

■ L'émergence d'approches alternatives

Bien que l'Ordre des Médecins et l'Académie Nationale de Médecine définissent les médecines non conventionnelles comme des « pratiques médicales insuffisamment éprouvées qui restent complémentaires de prescriptions d'intérêt scientifique démontré », ces dernières connaissent un fort engouement : 1 Français sur 2 a déjà eu recours au moins une fois à ces thérapies non allopathiques et 1 personne sur 3 les utilise régulièrement. L'homéopathie sort grande gagnante (35 % des patients), suivie par l'acupuncture (20 %), la phytothérapie (10 %) et

les médecines manuelles (5 %). Quand la médecine allopathique soigne la maladie elle-même ou l'organe malade, les médecines alternatives s'intéressent à la personne dans son ensemble. Elles tiennent compte du vécu, de l'environnement, du mode de vie de chacun et ont su démontrer des résultats. Selon l'OMS, l'acupuncture a prouvé son efficacité pour soulager certaines formes de douleurs et de nausées et pour atténuer l'anxiété, les troubles paniques et l'insomnie. Le psychiatre David Servan-Schreiber affirme que l'on peut « guérir le stress,

l'anxiété et la dépression sans médicament ni psychanalyse ». Les acides gras Oméga 3, présent principalement dans les huiles de poisson, permettent d'après plusieurs études françaises et britanniques une stabilisation de l'humeur et un soulagement de la dépression chez des patients maniaque-dépressifs. Depuis 5000 ans, la médecine traditionnelle chinoise ou tibétaine soigne la dépression par l'acupuncture. Et aujourd'hui, grâce à l'imagerie

cérébrale fonctionnelle, on sait que certains points d'acupuncture contrôlent directement le cerveau émotionnel... Des essais ont prouvé de manière concluante que les techniques d'hypnose peuvent réduire l'anxiété et prévenir les troubles de paniques et d'insomnie (British Medical Journal, 1999). La luminothérapie, le shiatsu, la médecine anthroposophique... sont autant de pratiques qui se développent également.

■ Approche globale et accompagnement individualisé : deux concepts qui se développent

Parce que les interactions entre le social, voire le sociétal et le soin sont de plus en plus reconnues, l'approche transversale des phénomènes comme des individus se généralise. L'ORSPERE-ONSMP anime une réflexion et conduit différents travaux sur ces interactions. Les différents Conseils Locaux de Santé Mentale de notre agglomération, comme les dispositifs d'Interface mis en place à Lyon ou encore les clubs d'entraide définis dans le cadre du dernier plan de santé mentale, illustrent cette évolu-

tion. L'intérêt est d'aborder des questions transversales ou frontières à différents professionnels, pour ensemble, penser des problématiques et construire des politiques communes à tous, mais qui restent particulières à chacun. Ainsi, l'objectif est d'élaborer des réponses concertées pour la population d'un territoire comme pour l'accompagnement de personnes dans leurs parcours individuels. La tendance est au travail interdisciplinaire entre les acteurs du champ social et de celui du soin.

■ L'hospitalisation, entre choix et contrainte

Pour des troubles graves du comportement pouvant mettre en danger le sujet et son entourage, l'hospitalisation est le meilleur recours. Elle est d'autant plus bénéfique si le patient entre dans une démarche volontaire. Mais, ce n'est pas toujours le cas et le nombre d'hospitalisations sous contrainte a pratiquement doublé en France, entre 1992 et 2001, passant de 37 688 à 72 519 par an. L'hospitalisation sous contrainte est majoritairement demandée par un tiers. Cependant, la loi du 27 juin 1990 indique qu'il revient désormais au maire, et par extension à ses adjoints, à l'exception de Paris où les commissaires de police détiennent cette compétence, de

prononcer les arrêtés relatifs à l'Hospitalisation d'Office (HO) des personnes qui, de par leur état de santé mentale, représentent un danger imminent pour la sûreté des personnes. Toujours entre 1992 et 2001, ces HO sont passées de 6 631 à 9 625 par an. Pas toujours très à l'aise dans ses situations délicates et plus globalement face à la souffrance psychosociale, des élus locaux, dont plusieurs de l'agglomération lyonnaise, se sont engagés dans un séminaire piloté par la DIV et l'ORSPERE. Ce dernier a permis de mettre en lumière l'implication imposée, le rôle et la responsabilité des élus en matière de santé mentale sur leur territoire.

■ N'aurions nous pas tendance à « psychiatriser » la société ?

Aujourd'hui, on va pratiquement voir son psy comme on va chez le coiffeur. La société interpelle la psychiatrie à tous moments et pour tous faits. Comme le prédisait le psychiatre David Cooper dans les années 1960, la souffrance sociale est aujourd'hui reportée sur la psychiatrie, qui doit avaler tout ce que la société vomit. « De manière générale, on demande à la psychiatrie non plus de soigner les malades, mais d'apaiser un corps social en souffrance. ... Car tout se soigne, désormais, aussi bien le chagrin que les maladies mentales ou les troubles de la personnalité. Ceux qui étaient autrefois de mauvais garçons sont devenus des sujets à soigner à tout prix. Assimiler les crimes les plus horribles à des crimes de malades mentaux et penser que la psychiatrie puisse soigner et protéger de toute récidive les sujets atteints de troubles de la personnalité sont aujourd'hui des tentations qui illustrent cette dérive. Cette extension de la psychiatrie va de pair avec un glissement de responsabilité. On le voit à chaque fait divers, le psy est interpellé, tour à tour comme trop répressif ou trop laxiste. La question n'est plus « Que faire? », mais « A qui imputer?... ».

En outre, notre société ne fonctionne plus dans un registre de culpabilité dictée par une norme judéo-chrétienne, mais dans un registre d'idéal à atteindre, de réalisation de soi, de bonheur, d'exaltation généralisée de la

volonté de puissance... Cette évolution se fait au détriment des « vrais fous »... C'est un paradoxe terrible : tout le monde a son psy, sauf les fous, vu l'état d'abandon de la psychiatrie publique » (Dr Daniel Zagury).

« Arrêtons ce délire organisé autour de quelques présupposés simplistes qui conduisent à la psychiatrisation de tout « dysfonctionnement » social et individuel et à un tout sanitaire où le client serait roi... Des alliances paradoxales conduisent à pour mettre à mal les réalisations et avancées du système de santé français que d'autres pays nous envient, y compris aux Etats-Unis. Bien sûr, il faut continuer de transformer la psychiatrie. Améliorons la qualité de l'accueil et des soins pour tous malades. Construisons une clinique psycho-sociale du malaise à vivre, surtout chez les jeunes en rupture et en errance, qui ne débouche pas sur l'épingleage psychiatrique et le prêt-à-soigner psychotropique. Là, il faut inventer des formes nouvelles d'aide, d'alliance thérapeutique, et accepter de revisiter le savoir médical enseigné à l'Université qui a un lointain rapport avec cette réalité là. C'est déjà ce que pas mal d'équipes psychiatriques expérimentent sur le terrain, malgré la précarité des moyens, à la grande satisfaction des usagers (semble-t-il) et des travailleurs sociaux » (Dr Alain Gouiffes).

■■■ Contactez-les

→ Acteurs

Secteur de psychiatrie Infanto-Juvenile de Lyon centre

Contact : Carène Labry

Secteur 69-01 27, rue Victor Hugo 69002 Lyon

tél : 04.72.77.15.20 - fax : 04.72.77.15.21

Carene.LABRY@ch-le-vinatier.fr

www.ch-le-vinatier.fr

Les missions du secteur qui s'articule autour de quatre Centres Médico-Psychologiques (CMP) et d'unités de soins spécifiques sont de proposer des prestations associant prévention, diagnostic, soins et intégration, pour des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques.

ORSPERE-ONSMP

Observatoire Régional sur la souffrance Psychique en rapport avec l'exclusion-Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité.

Directeur : Jean Furtos

95, boulevard Pinel 69677 Bron Cedex
tél : 04 37 91 53 90 - fax : 04 37 91 53 92
orspere@ch-le-vinatier.fr
www.ch-le-vinatier.fr/orspere

Association Vie Libre

Responsable départemental : Jean Allion,
7, chemin Hector Berlioz 69120 Vaulx en Velin
tél : 04 26 65 36 13

cdrhone@vielibre.org

//vielibrerhone.free.fr/sections/sections_intro.htm

Mouvement National, Vie libre vient en aide aux personnes en difficulté avec l'alcool et leur entourage. Une dizaine de points d'accueil existe dans le Rhône. En 1997, l'association a réalisé une enquête auprès de 266 personnes sans-abris, notamment sur leur relation à la santé.

■■■ Informez-vous

→ Ouvrages

La progression de la précarité en France et ses effets sur la Santé

Haut Comité de la Santé Publique (HCSP), Ed ENSP, Avis et Rapports, 1998.

Dans ce rapport, le HCSP montre comment les processus de précarisation s'accompagnent d'une souffrance psychique alliant mauvaise image de soi et sentiment d'inutilité sociale et peuvent conduire à une véritable dégradation de la santé. Il présente aussi un ensemble de recommandations.

Répondre à la souffrance sociale

Michel Joubert et Claude Louzoun, Ed érès, 2005.

Baliser la souffrance sociale, symptôme d'une société du profit qui ne sait partager, la repérer sous ses diverses

déclinaisons, notamment dans le monde du travail et de ses exclus, l'illustrer d'analyses accompagnées de réponses concrètes, tel est le but de l'approche tant sociologique que clinique proposée [dans cet ouvrage].

« La pensée éclatée »

Michel Joubert et Claude Louzoun, Ed érès, 2005.

Revue Sciences Humaines, N°167, janvier 2006

Un ensemble d'articles divers et complémentaires présentés sous la forme d'un dossier.

Gérir le stress, l'anxiété et la dépression sans médicaments ni psychanalyse

David Servan-Schreiber

Poche, février 2005

■■■ Approfondissez sur millenaire3.com

→ Ouvrages

Le livre noir de la psychanalyse. Vivre, penser et aller mieux sans Freud

Catherine Meyer

Les Editions des Arènes, 2005

Psychiatrie et folie sociale

Jean-Paul Arveiller

Etudes, recherches, actions en santé mentale en Europe

Collection dirigée par Claude Louzoun, 2006.

→ Rapport

Plan 2001-2003 et Plan 2005-2008 du Ministère de la Santé sur la santé mentale

→ Fiche de synthèse

« Souffrance psychique et société »

Catherine Panassier, avril 2006.

→ Interviews

Michel Bon, psychiatre responsable de « l'interface SDF » de Lyon.

« Il n'y a pas de SDF heureux », janvier 2006.

Myriam Buffet, Chef de projet santé/prévention, Ville de Lyon

«...je voudrais souligner...l'importance que prennent les problèmes de santé mentale dans la ville », janvier 2006.

Carène Labry, co-coordinatrice des Conseils Locaux de Santé Mentale de Lyon

«Au niveau local, à l'exception d'un conseil qui existe à Givors depuis 1982, les différents conseils locaux de santé mentale ont été mis en place dans les années fin 1990/2000 », janvier 2006.

Jean Furtos, psychiatre, directeur de l'ORSPERE-ONSMP

« Comment vivre debout et avec autrui dans la société actuelle ? », février 2006.

Michel Servillat, pédo-psychiatre « Les enfants sont les premières victimes... », mars 2006.