

MANQUE DE MOYENS ET APPROCHE SÉCURITAIRE

Détruire la psychiatrie publique

Comment soigner les maladies mentales ? Au-delà des querelles d'écoles, marquées notamment par des tentations liberticides et par la remise en cause de l'approche psychanalytique au profit de protocoles centrés sur un traitement des symptômes, une logique implacable se déploie en France. Aux établissements privés les affections rentables, à l'hôpital public, toujours plus démuné, les autres.

PAR EMMANUEL VENET

En 1838, avec la loi faisant obligation à chaque département d'ouvrir un asile dévolu aux malades mentaux, naît la psychiatrie moderne. Jusqu'alors, on les enfermait avec les délinquants, les vagabonds, les indigents ou les handicapés de toutes sortes. Mais vite la réalité douche les espoirs des premiers aliénistes — Philippe Pinel, Jean-Étienne Esquirol : ces établissements servent d'abord à lutter contre les nuisances liées à l'aliénation. On y entre en général à la suite d'une mesure d'internement, les malades y restent longtemps et, souvent, leur pathologie s'y aggrave. « *La loi de 1838 n'a pas pour base l'idée de soigner et de guérir des hommes atteints d'une maladie mentale,* constatait en 1925 le journaliste Albert Londres dans *Chez les fous* (Arléa, 2009), *mais la crainte que ces hommes inspirent à la société.* » Les moyens thérapeutiques se révèlent au mieux indigents, au pire sadiques : douche froide, camisole, coma insulinique, inoculation du paludisme, lobotomie, épilepsie provoquée, etc. La surmortalité dans les hôpitaux psychiatriques français durant la seconde guerre mondiale — estimée à près de 50 000 malades (1) — conduit à rompre avec le modèle asilaire. Sous l'impulsion de psychiatres « désaliénistes » — François Tosquelles, Lucien Bonnafé et bien d'autres —, la sectorisation psychiatrique s'impose en 1960 : elle repose sur le maillage du territoire national en secteurs de 70 000 habitants, disposant de lits d'hospitalisation et de structures de soin extrahospitalières. Il s'agit de développer une psychiatrie accessible, ambulatoire, plus respectueuse de l'insertion socioprofessionnelle des patients, moins stigmatisante et susceptible d'éviter les hospitalisations au long cours, même pour les pathologies chroniques comme les psychoses (schizophrénies, paranoïa) ou les troubles de l'humeur graves (troubles bipolaires, avatar de l'ancienne psychose maniaco-dépressive). Deux évolutions décisives ont rendu possible ce progrès : la création de la Sécurité sociale en 1945, qui n'oblige plus à recourir au placement d'office (décidé par les préfets au nom de l'ordre public) pour faire prendre en charge les frais d'hospitalisation ; et la découverte de psychotropes efficaces dans les années 1950-1960. Des patients jusqu'alors emmurés dans leur monde psychotique accèdent à la thérapie verbale, aux soins ambulatoires et à la réinsertion psychosociale via des hébergements adaptés ou des emplois protégés. Ce mouvement « désaliéniste » s'appuie en outre sur les concepts de la psychanalyse et sur des pratiques qu'on regroupera, à partir des années 1960, sous la bannière de la psychothérapie institutionnelle.

Cette évolution des pratiques se traduit par un net reflux de la psychiatrie sécuritaire au profit d'une psychiatrie enfin thérapeutique : entre 1952 et 1988, parmi les malades hospitalisés, la proportion de placements d'office chute de 63,4% à 3%, tandis que l'hospitalisation libre bondit de 7,8% à 74%. Les modes d'admission évoluent. En 1986, près de neuf admissions sur dix ont lieu en régime libre (2). Le renoncement au modèle asilaire provoque, corrélativement, une décrue régulière du nombre de lits, qui passent de 122 432 en 1975 à 41 177 en 2016 (3).

Des vents contraires à la psychiatrie de secteur se lèvent dans les années 1980-1990. C'est l'avènement du « nouveau management public », qui applique aux services publics les règles de l'entreprise privée. Censé concevoir du soin comme s'il s'agissait d'un produit manufacturé, le modèle de l'hôpital-entreprise s'impose : il faut « faire mieux avec moins », viser un « objectif zéro défaut », etc. Les hôpitaux créent des services non soumis à la sectorisation de 1960, consacrés à des symptômes — troubles du sommeil, addictions, crise suicidaire... Ces services dits transversaux valorisent l'image des établissements, s'exemptent des servitudes du service public et grignotent les moyens de la psychiatrie de secteur, qui parvient de moins en moins à assurer ses missions de base. S'ensuit un cercle vicieux : les patients chroniques, moins bien suivis voire livrés à eux-mêmes et exposés à des ruptures de soins, présentent des décompensations plus sévères ; les services de secteur ne parviennent plus à endiguer leur dangerosité ; et l'on crée d'autres services transversaux destinés à prendre en charge ces décompensations (unités de soins intensifs psychiatriques, unités pour malades difficiles), ce qui paupérise un peu plus les services de secteur.

En parallèle, au motif d'une meilleure garantie des libertés fondamentales, les malades mentaux font les frais d'un durcissement de la législation relative à l'hospitalisation sous contrainte. Sous l'effet de la loi du 27 juin 1990, et surtout de celle du 5 juillet 2011 qui introduit le contrôle systématique des hospitalisations par le juge, le taux d'admissions sous contrainte passe de 10,4% en 1986 à 12,7% en 2003 puis, en 2015, à 24% (4). La loi de 2011 instaure aussi le soin ambulatoire sous contrainte, qui oblige les patients à honorer leurs rendez-vous sous peine de réadmission forcée. Il en résulte une pratique plus proche de la police comportementale que du soin psychique : les praticiens sont déchargés du délicat travail consistant à obtenir l'adhésion du patient au projet thérapeutique, et incités à proroger indéfiniment la menace de réadmission sous contrainte. Là encore, un recul de la logique thérapeutique au profit de la logique sécuritaire.

Si, dans les pays anglo-saxons, des querelles féroces — les « *psy wars* » — avaient éclaté dès les années 1980 entre partisans de l'approche psychodynamique, héritée de la psychanalyse, et tenants des modèles cognitivistes ou neuroscientifiques, cette guerre idiote éclate un peu plus tard en France, pour atteindre un haut niveau d'intensité dans les années 2000. Il s'agit de disqualifier en bloc l'héritage freudien pour imposer une psychiatrie prétendument scientifique. On se souvient du *Livre noir de la psychanalyse*, triste collection de rancœurs personnelles ; du *Crépuscule d'une idole*, dans lequel Michel Onfray reproche à Sigmund Freud d'avoir été — avant lui — philosophe, hédoniste, pessimiste et riche ; ou du documentaire *Le Mur*, dans lequel Sophie Robert met cruellement en évidence l'ignorance — indéniable, hélas — de maints psychanalystes en matière d'autisme (5).

La rigueur de la contre-proposition prête à discussion. Fondée sur des corrélations obtenues par méta-analyses de données, la « médecine basée sur des preuves » débouche sur une pratique standardisée où l'intuition n'a plus guère de place. Le *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)*, classification des maladies mentales établie depuis les années 1980 par l'American Psychiatric Association, tend, dans sa dernière version, à psychiatriser l'ensemble des conduites humaines (6). Quant aux thérapies cognitivo-comportementales (TCC), elles ont déferlé sur l'Europe en cohérence avec un programme politique inspiré par l'« économie du bonheur » et l'économie tout court. Protocolisées, centrées sur le symptôme, elles visent à modifier des comportements (notamment les troubles obsessionnels compulsifs) ou des apprentissages inadaptés (conduisant à des addictions par exemple). Alors qu'on les présente comme rapides, performantes et scientifiques, par opposition aux soins d'inspiration psychanalytique, elles « *ne*

sont pas plus efficaces que les autres (7) » et, surtout, leur efficacité repose sur la « dimension affective de la relation entre le thérapeute et son patient (8) » beaucoup plus que sur les préconisations comportementales ou cognitives sur lesquelles elles se prétendent fondées.

Ajoutons l'assimilation de la psychose chronique à un handicap qu'il convient de compenser plutôt qu'à une maladie qu'il convient de soigner : cette tendance amène à sous-traiter la mission de « gardiennage » des malades mentaux à un secteur médico-social au personnel globalement moins qualifié (accompagnants éducatifs, moniteurs-éducateurs, aides-soignants) et aux moyens moins adaptés que ceux des hôpitaux psychiatriques face aux crises émaillant la psychose chronique.

Centres « experts » privés

FondaMental, créée en 2007 à l'initiative du ministère chargé de la recherche, constitue le fer de lance de cette réorganisation des soins psychiques. Cette fondation milite pour l'ouverture de « centres experts » capables de formuler des diagnostics rapides et promeut une recherche qui permettrait la découverte de marqueurs biologiques ou génétiques de la maladie mentale. Elle réunit des ténors de la psychiatrie et compte parmi ses mécènes ou partenaires AstraZeneca, Janssen France, société pharmaceutique de Johnson & Johnson, Sanofi, Servier, Roche, les cliniques psychiatriques Clinea, Doctissimo, mais aussi Bouygues, Artémis, la holding de la famille Pinault, Dassault, ainsi que l'Institut Montaigne...

Tandis que le discours officiel de la science semble s'être donné pour objectif d'avaliser les restrictions budgétaires infligées à la psychiatrie publique, on constate une dégradation considérable des conditions de travail, d'où une hémorragie de personnels. Le psychiatre Daniel Zagury n'hésite pas à parler d'un « massacre méthodique (9) » qui amène à confier aux établissements privés les soins psychiatriques rentables, pour ne laisser à un hôpital public moribond que la mission d'interner et de policer des malades rétifs ou insolubles. Les pratiques décrites par des personnes hospitalisées évoquent le film de Milos Forman *Vol au-dessus d'un nid de coucou* (1975) : ainsi Marius Jauffret, qui raconte son admission sous contrainte à 25 ans pour ivresse aiguë sous le prétexte aberrant de prévenir une complication tardive de l'alcoolisme chronique ; ou la slameuse Treize, longtemps assommée de psychotropes jusqu'à une providentielle « fenêtre thérapeutique », qui lui permet de découvrir qu'elle vit mieux sans médicaments (10). Des témoignages corroborant la quasi-disparition du soin relationnel, de la disponibilité soignante et de la pensée institutionnelle qui permet de travailler en équipe et de résister à la pente sécuritaire. Une ultime inquiétude : celle que le diagnostic des psychopathologies les plus invalidantes — psychoses, trouble bipolaire, autisme — soit posé demain par des algorithmes, et qu'en vertu du dogme, contestable en psychiatrie, selon lequel traiter vite permet de traiter mieux, la société en arrive à neuroleptiser ses poètes, ses saltimbanques et ses adolescents révoltés.

EMMANUEL VENET

Écrivain et psychiatre. Dernières publications : *La Lumière, l'Encre et l'Usure du mobilier*, Gallimard, Paris, 2023, et *La Sainte-Recommence*, Aethalidès, Lyon, 2023.

(1) Isabelle von Bueltzingsloewen, *L'Hécatombe des fous*, Aubier, Paris, 2007.

(2) Marcel Jaeger, *La Psychiatrie en France*, Syros, Paris, 1989.

(3) « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_II_annexes.pdf] », tome II, inspection générale des affaires sociales (IGAS), Paris, novembre 2017 (PDF).

(4) Marcel Jaeger, *op. cit.* Cf. aussi Magali Coldefy, *La Prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques*, La Documentation française, Paris, 2007, ainsi que Magali Coldefy, Sarah Fernandes et David Lapalus, « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 [<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>] », *Questions d'économie de la santé*, n° 222, Paris, février 2017.

- (5) Caroline Meyer (sous la dir. de), *Le Livre noir de la psychanalyse. Vivre, penser et aller mieux sans Freud*, Les Arènes, Paris, 2005 ; Michel Onfray, *Le Crépuscule d'une idole. L'affabulation freudienne*, Grasset, Paris, 2010 ; Sophie Robert, *Le Mur. La psychanalyse à l'épreuve de l'autisme*, Océan Invisible Productions, 2011.
- (6) Lire Gérard Pommier, « *La bible américaine de la santé mentale* », *Le Monde diplomatique*, décembre 2011.
- (7) Thomas Rabeyron, « *Du néolibéralisme au tsunami cognitivo-comportemental en Grande-Bretagne. Est-il encore temps pour la France d'éviter la catastrophe britannique ?* [<https://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2019-2-page-112.htm>] », *Recherches en psychanalyse*, vol. 28, n° 2, Paris, 2019.
- (8) Pierre Prades, « *L'efficacité des thérapies "psychodynamiques" : une validation empirique de la psychanalyse ?* [<https://www.cairn.info/revue-du-mauss-2011-2-page-51.htm>] », *Revue du Mauss*, vol. 38, n° 2, Paris, 2011.
- (9) Daniel Zagury, *Comment on massacre la psychiatrie française*, L'Observatoire, Paris, 2021.
- (10) Marius Jauffret, *Le Fumoir*, Anne Carrière, Paris, 2020 ; Treize, *Charge*, La Découverte, Paris, 2023.

Mot clés: [Santé](#) [Société](#) [Psychanalyse](#) [France](#)