

Manifeste pour une psychiatrie enfin scientifique

Le point de départ de cette réflexion est une réunion en Seine et Marne (conférence de territoire) le 7 octobre dernier, pour réfléchir à la mise en place de conseils locaux de santé mentale. Naïvement j'en attendais des initiatives pour favoriser un rapprochement des secteurs médico-sociaux et sanitaires (la tarte à la crème de toutes les réformes, toujours mises en avant – la loi HPST par exemple et toujours repoussée).

Était invité pour parler du sujet le centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale en la personne de son Directeur Jean-Luc Roelandt.

Il semble que pour le ministère lui-même ce centre soit le centre de référence en cette matière.

Me sont immédiatement revenus à l'esprit les échanges (difficiles) de l'automne 2010 concernant les travaux préparatoires à la révision de la CIM 10 avec le « collectif autisme » qui s'était constitué pour faire aboutir une démarche le label de grande cause nationale pour l'autisme (c'est à la 2^{ème} tentative que le gouvernement Fillon nous a donné satisfaction ; nous n'avons pas obtenu tous les effets escomptés à cause des élections qui ont concentré toute l'attention des médias). Ce collectif se composait des associations « historiques » comme S.A. (j'étais le président de la Fédération) et Autisme France, des associations plus récentes et très combatives ; l'UNAPEI et le SNAPEI nous ont ensuite rejoints.

Par la bande, nous avons alors appris que c'était le centre collaborateur de l'OMS qui était chargé de faire remonter à l'OMS des contributions sur la future version de la classification internationale des maladies (la CIM 11 qui devait paraître en 2014). Alors que les associations d'usagers devaient être consultées, nous avons été oubliés ; seule la présidente de l'ARAPI avait reçu une invitation à la réunion du 24/11/2010 à Paris, à laquelle était invité le Professeur Misès, l'inventeur de la classification française (la CFTEMEA) (en pièce jointe vous trouverez l'article fait par 2 des « experts » de l'OMS de Lille : « développement de la CIM 11 de l'OMS dans les pays francophones »).

Nous avons tellement protesté, que nous avons fini par être invités, mais sans que cela ait d'effet sur ce que le centre collaborateur de Lille a communiqué comme information à l'OMS du point de vue de la France.

Nous avons découvert que de tels groupes fonctionnaient en vase clos, que leurs membres se cooptaient et qu'il était bien difficile d'obtenir des informations.

Dans le même temps, le Ministre demandait à la HAS à l'ANESM une recommandation sur les méthodes d'intervention dont l'efficacité pouvait être validée scientifiquement (elle fera l'objet de nombreuses polémiques et sa sortie sera retardée ; (finalement début mars 2012, on connaîtra le texte définitif). Dans cette recommandation, plusieurs pages sont consacrées aux classifications.

C'est pourquoi j'aimerais apprendre, du Ministre, qui fait autorité : la France a-t-elle 2 discours ? quels sont les bons experts ? Pourquoi les services de l'Etat (qui sans doute finance le centre collaborateur de Lille) ne connaissent-ils pas les conclusions en matière de proposition de refonte de la CIM 10 du centre chargé de faire connaître le point de vue des experts français et des personnes concernées ?

Le centre collaborateur de Lille bénéficie t-il d'une sorte de statut spécial, une sorte d'extra-territorialité qui lui permet de parler au nom des français, mais sans en rendre compte au pouvoir politique issue des élections ?

Les débats de l'époque portaient sur les risques de stigmatisation, un des thèmes de prédilection du centre de Lille. Loin de moi l'idée de nier cette thématique.

Mais très vite on glisse vers une remise en cause de la nécessité d'établir un diagnostic précoce (pourtant recommandée par la HAS depuis 2005 de manière plutôt consensuelle, idée réaffirmée avec force par celle de 2012).

Je ne veux pas donner l'impression que tout est simple, et je pense que certaines objections peuvent être utiles au débat.

On sait bien que l'élargissement des critères d'entrée dans les troubles du spectre autistique de la DSM 4 (encore accentué dans le DSM 5 de 2013) est loin de faire consensus.

Le pilote du DSM 4, Allan Francès, lui-même a écrit un livre sur ce sujet et j'aurais peut-être l'occasion lors d'un colloque de le rencontrer prochainement.

N'empêche qu'il est nécessaire de connaître le point de vue de la France et des groupes francophones, les informations qui vont partir du CCOMS et remonter à l'OMS, dans une vraie transparence.

Les hésitations perpétuelles de la France sur les questions de psychiatrie (1 pas en avant, 1 pas en arrière, 1 pas de côté) devraient être un sujet de préoccupation et on peut attendre des pouvoirs publics un peu plus de cohérence.

Bien sûr, tout le monde aura compris, en toile de fond se trouve la question de la psychanalyse.

Sans aller jusqu'aux excès verbaux de Mme Carlotti, ministre des personnes handicapées, finalement sans effet et même contreproductif à y bien réfléchir, il est nécessaire de faire une mise au point aujourd'hui : il est important que le ministère de la santé fasse lui-même tomber les barrières idéologiques entre la DGCS et DGS sur ces questions. C'est la cohérence et la transparence qu'on est en droit d'attendre.

Dans un 2^{ème} temps, je souhaite aborder la question plus générale de la santé mentale, puisque c'est sur cette question que le centre collaborateur de Lille intervenait. Et ce qui importait pour les personnes avec autisme, ou leurs représentants, c'était de savoir la place qu'on accordait à leurs préoccupations.

Première surprise, Jean-Luc Roelandt en introduction reprend la définition de la santé de l'OMS : « un état de complet bien être physique, psychique et social, et qui ne constitue pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité.

Or sur le site même du CCOMS (Lille), on trouve le mot exact. L'OMS fait état de bien être mental. Par la suite, dans son exposé, j'ai noté qu'il y a employé 5 ou 6 fois l'expression « troubles psychiques ». *Bien sûr, si on reprend l'étymologie, c'est la même (ou presque)*

Ce n'est pas principalement un problème de vocabulaire, mais (de mon point de vue un problème de fond), puisque « psyché » en grec et « mens » en latin désigne l'esprit... Mais aujourd'hui il serait bien de ne pas mélanger ces 2 vocables, car les maladies mentales constituent un champ beaucoup plus large que les maladies psychiques.

Quand on emploie le mot « psychique », on continue à opposer le « soma » et le « psyché », qui seraient 2 entités différentes. Je ne reviendrai pas sur l'erreur de Descartes, selon l'expression du neuroscientifique Antonio Damasio. Mais ce qui est bien plus ennuyeux, c'est la représentation que l'on a des maladies mentales.

J'ai toujours affirmé que l'on n'avait rien à gagner à sortir l'autisme de la catégorie des maladies mentales (le DSM américain inclut l'autisme dans les pathologies mentales).

Je rejoins complètement ce qu'écrit sur son blog Franck Ramus, scientifique, qui fait partie de l'ARAPI.

C'est de mon point de vue l'article le plus clair sur cette question, et sur les rapports entre handicap et maladie, qui ne devraient plus faire débat.

La question de fond (et tout l'arrière plan idéologique) est la place du cerveau, en tant qu'organe (comme un autre, pourrait-on dire), dans l'émergence des troubles mentaux. C'est donc la question sur le fonctionnement de cet organe (ou de ses dysfonctionnements).

Nous attendons beaucoup pour l'avenir des personnes qui présentent une pathologie mentale, de quelque nature qu'elle soit, des progrès médicaux : des techniques d'exploration (imagerie médicale...), de la génétique, des progrès biologiques, mais aussi même de la chirurgie, des interventions « électriques » (électrostimulation ou même - horreur pour certains - de la sismothérapie) et bien sûr des recherches médicamenteuses...

Que les dysfonctionnements du cerveau soient premiers (c'est-à-dire qu'ils soient à l'origine de la maladie) ou secondaires (ils entrent dans son fonctionnement sans préjuger de l'étiologie : on parle parfois de maladies neuro-développementales), il est clair que la médecine de l'avenir pourra de mieux en mieux agir soit pour guérir (cela n'est pas exclu), soit pour diminuer des symptômes particulièrement handicapants (et à l'origine de la stigmatisation, comme on dit).

Par ailleurs, la « découverte » de la plasticité cérébrale (dont on ne sait pas encore bien si elle est relative ou très importante) ouvre la voie à tous les outils de rééducation, d'éducation appropriée, de certaines thérapies « psy » comme les TCC (thérapie comportementale ou cognitive).

A travers ce tableau, très sommaire sans doute, se dessine néanmoins un autre visage de la psychiatrie, que celui qu'elle donne à voir encore d'elle-même.

C'est pourquoi, il convient à ce stade de savoir de quoi on parle, à travers les contrats locaux de santé mentale.

Si on va sur le site des centres collaborateurs de l'OMS, et que l'on regarde le diaporama de Mme Pauline Rheuter, on voit très clairement le déroulement chronologique de la notion : la psychiatrie de secteur → crise professionnelle dans le monde de l'action sociale (« souffrance des professionnels en miroir de la souffrance des publics ») → naissance des partenariats locaux pour répondre à la souffrance psychosociale des citoyens etc. ...

Si on lit bien, la maladie mentale (je lis plutôt la souffrance psychique) prend ses racines dans les inégalités sociales et les difficultés économiques (logement, chômage, etc. ...).

Pour moi, c'est confondre les causes et les conséquences. Bien sûr quelqu'un qui est atteint (fatalité en grande partie d'origine biologique) de troubles mentaux aura de grandes difficultés à trouver du travail et un logement.

C'est dramatique, sans aucun doute. Mais on lui évitera une partie de ses difficultés, si on améliore les soins (la psychiatrie est une discipline médicale) : ainsi il sera moins stigmatisé. D'où pour moi l'importance de la recherche et d'une véritable démarche scientifique.

Si on retourne encore sur le site du centre collaborateur, on lit parmi les valeurs cardinales du CCOMS : « promotion des services de psychiatrie intégrée et communautaire » ;

Dans un article de 2010 (de la psychiatrie vers la santé mentale), J-L. Roelandt (responsable du centre collaborateur de l'OMS) est très explicite : il faut créer 50 postes de PUPH en santé mentale communautaire, afin de l'enseigner et de la promouvoir au niveau national (p. 783 de la revue). Un peu avant il déplore (dans les années 90) le développement d'une prise en charge par pathologie, qui serait pour lui une régression. On ne peut dire mieux qu'il tourne le dos à toute recherche sur les différentes maladies mentales elles-mêmes (autisme, schizophrénie, Alzheimer...).

Mais alors c'est quoi la psychiatrie communautaire ? J'invite les lecteurs de cet article à se référer à l'article de Wikipédia consacré à la psychologie communautaire « la psychologie communautaire est une discipline qui se distingue de la psychologie clinique en s'intéressant non plus aux individus seuls mais aux individus dans leur environnement ». Parmi les précurseurs, on cite souvent le psychiatre italien Basaglia (dont l'action a conduit à fermer les hôpitaux psychiatriques en Italie ; les malades mentaux se sont retrouvés à la rue (clochards) ou en prison (lorsqu'ils commettaient des actes dangereux), le courant antipsychiatrique américain et anglais, des philosophes comme Michel Foucault (histoire de la folie à l'âge classique) etc. ...

Ces courants de pensée sont nés dans l'après guerre et ont culminé dans les années 1960-1970, comme une autre discipline « la psychothérapie institutionnelle », citée dans le rapport de la HAS de 2012 sur l'autisme, sans que la HAS se soit donnée la peine de la définir (ce que j'ai regretté, comme étant une des faiblesses de ce rapport !).

Or ces deux courants de pensée, bien sûr, ne peuvent se résumer en quelques mots ; il y a eu des écoles différentes...

C'est un peu comme les résurgences des rivières des massifs calcaires : le cours d'eau disparaît un temps, puis on le retrouve un peu après, mais il n'a plus exactement la même forme.

En employant malgré tout le même mot aujourd'hui en 2014, on tient cependant à soulager la filiation avec un courant de pensée des années 60 fondé sur la prépondérance du social ou du politique.

Je me souviens très bien de ce que j'annonçais moi-même dans les années 68-70... « Tout est politique ». Tous les problèmes étaient politiques. L'éducation était politique (j'étais un jeune professeur) ; l'école devait changer le monde etc. ... je pensais que cette idéologie avait aujourd'hui disparu ; je découvre qu'il n'en est rien... en lisant attentivement les articles consacrés aux contrats locaux de santé mentale. Aujourd'hui on dit plutôt que tout est social dans comme dans la théorie du genre. Or dans le cas de l'autisme (mais pas seulement), la maladie touche toutes les catégories de la population et concerne « équitablement » tous les pays.

Pour moi, j'imaginai qu'on serait enfin dans le concret, et qu'on mettrait en place des collaborations entre établissements amenés par les lois sur l'autisme (1996) et celle sur le handicap (2005) qui a créé officiellement le handicap psychique, à mettre en place des conventions. Encore plus concrètement, je rêvais que les hôpitaux publics (adultes) pourraient être amenés à développer des compétences sur les soins des adultes autistes en situation de décompensation, et ne pas se contenter de les accueillir 3 semaines lorsqu'ils ne pouvaient faire autrement (mais sans prise en charge particulière).

Mais non, je n'avais rien compris.

Ce n'est pas de cela qu'il s'agit. C'est le maire qui va dire ce qu'il faut faire (je caricature à peine)...

Le bla-bla, j'ai donné. Sans éclaircissement sur les objectifs de ces centres locaux de santé mentale, je n'y participerai pas et je continuerai à militer en faveur d'une psychiatrie du 21^{ème} siècle, orientée vers les recherches médicales et l'amélioration des outils de soins, qu'ils soient médicaux ou humains.

Un dernier exemple, à lire les articles sur la psychiatrie communautaire, on a l'impression que c'est ce courant de pensée (très politique) qui a permis aux personnes enfermées à l'hôpital psychiatrique de sortir et d'être accueillies dans des structures en ville.

Mais on semble oublier le fait le plus important : c'est « l'invention » des premiers neuroleptiques (que l'on doit à Henri Laborit, qui n'était pas psychiatre) qui a rendu possible cette humanisation de la psychiatrie.

Même si aujourd'hui on attend d'autres molécules que les actuels neuroleptiques qui ont tous des effets secondaires, l'avenir est dans le développement des recherches et des connaissances, et donc dans une démarche réellement rationnelle et scientifique.

Et cela commence par l'acceptation qu'il est nécessaire de se spécialiser dans un domaine (comme c'est le cas dans toutes les autres disciplines médicales), de suivre dans sa discipline l'évolution de la recherche et des connaissances, et donc de modifier en conséquence l'organisation même des services psychiatriques : peut-on avoir dans chacun des secteurs un spécialiste des différentes pathologies mentales ? Ce serait déjà bien s'il y en avait un par département (avec la possibilité qu'il ait un service et quelques lits), cela éviterait de devoir s'appuyer sur une seule unité spécifique à l'échelon régional (pour l'autisme l'USIDATU, à la Pitié-Salpêtrière).

Si on veut en finir avec la juxtaposition des dispositifs (ce fameux mille-feuilles français), il faut mettre une souplesse, qui s'avère aujourd'hui impossible, à cause des blocages idéologiques que j'ai essayé d'analyser.

L'évolution nécessaire passera inévitablement par une réforme des études en psychiatrie, avec des contenus de formation plus tournés par la neurologie, les neurosciences, la génétique...

Marcel HERAULT
Président

Le 15 octobre 2014.

P.S. :

Dans un article de 2005, paru dans la revue Empan, F. Cabanel et P. Lungeri ont l'honnêteté intellectuelle de rappeler :

« Les services psychiatriques sont souvent sollicités en dehors des maladies mentales classiques et se trouvent démunis quant à la réponse médicale à donner » (chômeurs, SDF...). C'est le cas des urgences également.

Mais si c'est le travail qu'on se fixe aux les contrats locaux de santé, il faut le dire, et chacun verra s'il est concerné.