

TECHNO-MÉDECINE, SANTÉ MENTALE : DIFFÉRENCE ET COMPLÉMENTARITÉ

Quelle que soit la constance avec laquelle l'idéologie managériale tente de le nier, le modèle de formation, d'organisation et d'évaluation des pratiques de la techno-médecine des organes ne convient pas aux professions de la santé mentale.

De plus et malgré son impact bénéfique sur la santé en général, la profession de psychothérapeute n'appartient en rien au domaine des soins de santé au sens de l'actuelle législation belge.

Ayant fait disparaître le psychothérapeute au profit de «l'acte psychothérapie», réduit lui-même à une intervention technique de type médical, une nouvelle loi en réserve l'exercice aux seuls psychologues, orthopédagogues et médecins — devenus «praticiens en psychothérapie» à la faveur d'un module spécialisé.

Ces violences idéologiques, peu soucieuses de la réalité du terrain, ne devraient pas faire oublier la nécessaire complémentarité du champ techno-médical de la santé et de celui des pratiques en santé mentale. Les réflexions qui suivent tentent d'éclairer succinctement la logique d'une spécificité et la nécessité d'une différence.

Au XVII^{ème} siècle, le philosophe René Descartes invite la pensée à emprunter les chemins «clairs et distincts» d'une «méthode» purement rationnelle qui, armée du «doute méthodique», systématise la méthode expérimentale, initiée à la même époque par les travaux de Harvey sur la circulation du sang. Chemin faisant, Descartes - infidèle à sa propre rigueur - brouille l'ancienne conception de l'unité du psychisme et du corps au profit d'un *dualisme* réduisant ce dernier à un «animal machine» qui a le privilège, chez l'homme, d'être piloté par la pensée via sa connexion à la «glande pinéale» (l'épiphyse). Tant la science que la philosophie – Spinoza en particulier - ont mis en pièces cette illusion dualiste, mais au XIX^{ème} siècle, Claude Bernard convertit l'«animal machine» pour le transformer en un «organisme» dont chacun des rouages est susceptible d'être étudié expérimentalement (le foie, par exemple, en tant que producteur de sucre). Son «Introduction à l'étude de la médecine expérimentale» (1856) constitue l'acte de naissance d'une techno-médecine des organes dont les prouesses réparatrices de plus en plus habiles nous sauvent régulièrement la vie. Ce n'est pas rien.

L'«organisme» néanmoins, en tant qu'interconnexion d'organes susceptibles d'être observés dans leur fonctionnement, n'est lui-même qu'une abstraction permettant la mise en œuvre de procédures réparatrices générales. Bien que d'une grande efficacité, ce modèle médical qui facilite la quantification, la comparaison, la stratégie des soins et la budgétisation de la santé, n'épuise pas la complexité ni la rationalité du champ thérapeutique — encore moins la réalité du corps. Ainsi, mis sous légère hypnose et sous le seul empire de la relation et de la parole, un individu peut-il produire une véritable ampoule à l'endroit tout imaginaire où on lui suggère avoir été brûlé. Plus communément, un roman, un film, peuvent activer sans préavis la glande lacrymale, tout comme «un mot de trop» peut entraîner une sécrétion excessive de suc gastrique — voire même sur le long terme générer un ulcère. Bien que ces faits soient aisément observables, ils restent peu comparables entre eux car ils répondent chaque fois à un contexte intime et à une dynamique dont les ressorts échappent à la conscience.

Plus largement et depuis des dizaines d'années, le fonctionnement ordinaire du corps - indissociable de celui du psychisme - est mis en évidence par *des milliers d'observations expérimentales* qui mettent en lumière l'énigmatique «effet placebo», de même sa face obscure l'«effet nocebo» — apte à faire échouer les procédures de soin les plus éprouvées. En fait, c'est la loi qui impose à la médecine de comparer toute thérapeutique nouvelle avec un leurre dépourvu d'effet spécifique : il

ressort de ces expériences que, *toutes pathologies confondues, 33% en moyenne d'effet thérapeutique bénéfique* sont liés au seul contexte - relationnel et cognitif - de la mise en œuvre d'*un traitement quel qu'il soit*. Probablement trop secouantes, ces données scientifiques sont ravalées au rang de facteur parasite, voire d'anecdote, par le management de la santé. Elles n'en constituent pas moins le vivier d'une approche du patient réel plutôt que de sa réduction à une entité abstraite désignée en français du seul nom de «maladie — là où l'anglais nuance et différencie en termes de *illness* (la maladie comme souffrance éprouvée), *disease* (la maladie comme entité nosographique) et *sickness* (la maladie comme fait social).

La réalité mise en lumière par l'effet placebo témoigne sans ambiguïté de l'intrication de l'individuel et du collectif, de l'enchevêtrement du réel et de l'imaginaire, ainsi que de leur impact sur la réalité du corps. Il apparaît aussi que si la prise en compte de cette dimension s'avère essentielle dans l'ordinaire des soins de santé, elle l'est plus encore sur le terrain de la santé mentale : là où l'on se trouve confronté à «des souffrances qui rendent malades» plutôt qu'à «des maladies qui font souffrir», et où la pathologie visible n'est souvent que l'arbre qui cache la forêt. Outre son importance clinique, la prise en compte de cette réalité pourrait être décisive en matière de prévention et donc d'économies — vu la comorbidité somatique qui accompagne nombre de souffrances psychiques.

Après avoir tenté de décrire les «maladies mentales» par analogie avec des pathologies organiques à l'étiologie objectivement repérable, la psychiatrie a fini par renoncer : la plupart des anomalies psychiques témoignent surtout d'une construction défensive imposée par les embûches et les traumatismes de l'existence. Le plus souvent, elles relèvent de la recherche mal aboutie d'un équilibre de moindre mal pour parer aux déferlements de l'angoisse. Pragmatique, la psychiatrie contemporaine vise désormais les concomitants neuro-cérébraux des souffrances psychiques plutôt que d'impalpables causalités. À ce niveau, des molécules bien ciblées suffisent parfois à briser un cercle vicieux et à favoriser un processus d'auto-guérison. Plus radicalement, une idéologie psychiatrique importée des États-Unis se refuse à penser encore en termes de «psychopathologie». Sans plus d'intérêt pour l'étiologie et la signification des souffrances psychiques, un catalogue correspondant à des bouquets de symptômes répertoriés dans un «Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux» (DSM) permet désormais de trouver la prescription correspondant au code numérique d'un «trouble» (*disorder*) donné, tout en satisfaisant aux exigences managériales des firmes pharmaceutiques, des autorités sanitaires, des assurances de santé, et dès lors des institutions de soin.

Le domaine de la santé mentale n'en relève pas moins d'autres exigences - d'organisation, de formation et d'évaluation - que la techno-médecine ou que la psychologie quand elle fait de la sous-traitance médicale. En psychologie clinique, par-delà l'identification livresque de tel ou tel profil, *le diagnostic s'inscrit d'emblée dans la relation thérapeutique* et relève donc de la plus grande expérience. Un pas plus loin, si - plutôt que d'appliquer des *procédures de soin* - il s'agit d'accompagner quelqu'un(e) en profondeur dans l'élaboration de ses propres solutions, le diplôme de psychologue, de pédagogue ou de médecin, importe moins que l'ouverture intellectuelle, l'expérience de terrain et – surtout - que la densité humaine acquise au fil d'un cheminement personnel non réductible à un cursus académique. Dans cette perspective et sans céder sur les exigences de formation en psychopathologie, la diversité des chemins menant au *métier de psychothérapeute* apparaît capitale. Plus généralement, on ne peut se passer en santé mentale d'interdisciplinarité. C'est en prenant acte de la pluralité nécessaire des pratiques et de la non pertinence de systèmes d'organisation et d'évaluation qui voudraient confondre le rigoureux et le quantifiable, qu'est née l'idée d'un *Conseil supérieur de la santé mentale* représentatif des professions du terrain réel (médecins généralistes, travailleurs sociaux, gériatres, psychologues, psychiatres, psychothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, pédagogues, éducateurs, infirmiers, enseignants, agents de quartier, etc.) où pourraient s'élaborer entre pairs des critères

d'encadrement respectueux de la spécificité du travail partagé. De ce conseil on n'a retenu jusqu'à présent que le nom.

Pour illustrer la complexité du champ de la santé mentale en même temps que la nécessité d'un espace thérapeutique fondé sur la relation et la parole, on pourrait rappeler l'acte de naissance de la sociologie scientifique : à savoir l'étude d'Émile Durkheim sur le suicide (1897) en tant que «fait social total», là où l'on ne voyait avant qu'une décision intime et l'acte le plus individuel qui soit. En réalité, les intervenants sociaux savaient depuis des lustres qu'il existe des «épidémies de suicide» et qu'elles ne relèvent pas vraiment du modèle de la grippe. Plus récemment, des sociologues ont pointé une corrélation élevée entre le nombre de consultations en psychiatrie et le degré de pauvreté et de délitement du lien social. Tout ceci donne déjà à penser mais, pour terminer cette réflexion sans la clore, rien de tel qu'un exemple de complexité irréductible à toute position dogmatique en même temps qu'il participe d'une urgence en santé publique.

Le mot «dépression», on le sait, désigne une nébuleuse nosographique — suffisamment cartographiée néanmoins pour qu'on puisse établir un diagnostic et se livrer à des prévisions épidémiologiques. Selon l'OMS, la dépression est en passe de devenir la première cause d'*invalidité* au monde avant les maladies cardio-vasculaires. Sociologiquement, elle se voit corrélée en premier avec la *solitude*, en second avec le *chômage*. À son stade le plus grave, la dépression débouche sur à peu près 15% de suicides. Au plan neuro-cérébral, des recherches ont pointé chez divers déprimés un niveau significativement bas de sérotonine, et des chercheurs ont réussi à produire des molécules aptes à maintenir un meilleur taux de ce neurotransmetteur. Expérience faite, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) donnent autant satisfaction que leurs prédécesseurs (les tricycliques) tout en entraînant moins d'effets secondaires. N'empêche que, prescrite sans précaution, la fluoxétine - autrement dit le Prozac - favorise le passage à l'acte suicidaire chez l'adolescent. En 2008, une étude du psychologue Irving Kirsch (Hull University) a révélé que les ISRS (16,2 millions de prescriptions effectuées en 2006 au Royaume-Uni) ne fonctionnaient pas mieux que des placebos, mis à part le cas de dépression sévère — celui précisément où l'on n'est plus capable d'investir quelque relation thérapeutique que ce soit. Notons enfin que, vu son impact sur la fonction immunitaire, la dépression contribue au déclenchement de diverses maladies tout en s'inscrivant dans une causalité circulaire, l'état dépressif favorisant, par exemple, l'éclosion de cancers qui deviennent eux-mêmes facteurs de dépression. Cela étant, la meilleure thérapeutique connue de la dépression consiste en une association de pharmacodynamie et de psychothérapie.

S'il est cohérent idéologiquement de tenter de médicaliser la souffrance sociale - voir le burn-out - il est scientifiquement aberrant de vouloir imposer les normes de la techno-médecine au champ de la santé mentale. Cette dérive ne met nullement en cause leur complémentarité.

Francis Martens, mars 2018

APPPsy

Fédération nationale des psychologues praticiens d'orientation psychanalytique