

réflexion

SOCIÉTÉ

Augmentation des troubles mentaux chez les jeunes

Quelques clés de lecture

Divers indices et indicateurs suggèrent une crise de la santé mentale, en particulier celle des jeunes. L'auteur présente ici quelques chiffres mais aussi quelques précautions à prendre dans leur interprétation : y a-t-il augmentation du phénomène ou extension du domaine ? Toutes les comparaisons sont délicates, aussi bien entre les individus qu'entre les époques et les cultures. Des diagnostics naguère stigmatisants sont désormais revendiqués dans une quête identitaire ou de reconnaissance. Demeurent des problèmes criants d'inégalité et de détérioration des systèmes de soins...

Dans l'un de ses contes les plus célèbres, le grand écrivain brésilien du XIX^e siècle Machado de Assis raconte l'histoire du Dr Bacamarte (ou « Dr Tromblon »), un psychiatre qui, de retour dans sa ville natale d'Itaguaí, décide de fonder un asile, nommé Casa Verde. Grisé par le succès d'une carrière internationale entre le Brésil et l'Europe, obsédé par la science du diagnostic, sachant calmer ou profiter de quelques révoltes qui ne durent pas, il en vient peu à peu à interner un nombre croissant de citoyens : bientôt, 75 % de la population d'Itaguaí se retrouve patiente à la « Maison Verte ⁽¹⁾ ». Quand on entend parler d'une montée en flèche des troubles psychiatriques chez les jeunes, on peut se demander si la satire burlesque de Machado de Assis ne s'est pas transformée en réalité. Ce conte aurait pu introduire une de ces critiques des années 70, à l'époque de *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, de l'antipsychiatrie de Thomas Szasz ou Ronald Laing, et des ouvrages de Foucault ou de Deleuze et Guattari ⁽²⁾. Pourtant, la situation actuelle diffère de celle des années 1970. La méfiance pour la psychiatrie, certes, subsiste : prescription à outrance de pilules ⁽³⁾, enfermement arbitraire dans des lieux lugubres, etc. De nouvelles représentations émergent cependant : une discipline noble, utile, un sacerdoce ; et apparaît un certain public, à la fois respectueux, craintif et avide de psychiatrie. La psychanalyse a perdu une part

de sa légitimité scientifique ⁽⁴⁾. La psychiatrie, elle, se retrouve dans une position paradoxale : à la fois attaquée pour son approche biomédicale dés-humanisante et sollicitée de manière croissante.

Conjointement, la demande de soin continue de grandir et les professionnels, en particulier ceux du secteur public, soumis à des conditions de travail détériorées, sont souvent débordés : l'offre peine à répondre aux besoins ⁽⁵⁾.

Raison statistique et épidémio-scepticisme

Les hommes politiques ne sont pas les seuls à choisir les statistiques qui les arrangent le mieux. Cet usage sélectif relève simplement de la rhétorique. Les statistiques, à l'oral ou à l'écrit, dans un contexte politique ou académique, permettent de capter l'attention (*captatio benevolentiae*) et de légitimer un propos ⁽⁶⁾.

Prenons par exemple l'évolution des lésions auto-infligées chez les adolescents. En France, le nombre d'hospitalisations pour gestes auto-infligés chez les filles âgées de 15 à 19 ans a connu une augmentation significative : de moins de 7 000 cas en 2012, ce chiffre est passé à plus de 11 000 en 2022 ⁽⁷⁾. La prévalence des épisodes dépressifs caractérisés déclarés a augmenté pour presque toutes les catégories de la population. Pour les 11-24 ans, on est

passé d'environ 10% en 2005 et 2011, et 12% en 2017 à environ 20% en 2021⁽⁸⁾. En revanche, en France, chez les jeunes âgés de 1 à 24 ans, le nombre de suicides a considérablement diminué entre 1993 et 2017, passant d'environ 1000 à moins de 400 par an⁽⁹⁾.

Ce qui est frappant dans ces chiffres, c'est qu'ils ne racontent pas une histoire linéaire. La baisse régulière des suicides observée sur plusieurs décennies en Europe contraste avec l'augmentation récente des scarifications, et ces tendances diffèrent d'un continent à l'autre⁽¹⁰⁾. Cette complexité invite à une saine dose d'épidémiologie-scepticisme⁽¹¹⁾.

On imagine sans mal que les méthodologies de recueil d'informations ont chacune leurs limites. Une critique, de bon sens, de la raison statistique est nécessaire pour se demander ce que cachent les chiffres, sans pour autant être méfiant à l'excès. La hausse ou la baisse des suicides, par exemple, ne doivent pas être comprises isolément, sans interroger les conditions structurelles qui favorisent, exacerbent ou protègent de la détresse psychique, y compris les dimensions politiques, économiques et sociales plus larges⁽¹²⁾.

Par ailleurs, loin de la collecte de chiffres, les praticiens sur le terrain observent des réalités complexes qui ne se traduisent pas toujours bien dans les études statistiques. La pratique clinique offre un contrepoint aux grandes enquêtes épidémiologiques⁽¹³⁾. Quant aux chiffres eux-mêmes, ils posent une question centrale : comment lire leurs variations ? À Itaguaí, l'augmentation exponentielle des cas hospitalisés ne signifiait pas grand-chose si on oubliait de prendre en compte la lubie du Dr Bacamarte.

Augmentation du phénomène ou extension du domaine ?

Lorsqu'il s'agit d'expliquer l'apparente explosion des troubles mentaux chez les jeunes, deux perspectives opposées se dégagent dans le débat académique.

Jonathan Haidt, professeur à la Stern School of Business-NYU, défend une thèse provocante mais populaire. Selon lui, les jeunes d'aujourd'hui constituent la « génération anxieuse⁽¹⁴⁾ » pour deux raisons : les réseaux sociaux (qui exacerbent l'isolement et les comparaisons sociales, principalement chez les filles) et une éducation surprotectrice (des enfants ne jouant plus à l'extérieur, rarement exposés aux risques et frustrations interpersonnelles nécessaires au développement de la résilience). Ses propositions politiques et ses arguments, qui se basent principalement sur des données épidémiologiques américaines, ont entraîné bien des débats. Côté européen, à voir les listes d'attente en psychiatrie, ou les témoignages d'enseignants, de parents, de thérapeutes, à écouter les médias, il semble que le constat de Haidt soit largement partagé, surtout après la vague Covid. On peut rappeler les réserves de certains épidémiologistes réputés, comme Ronald C. Kessler, mais aussi la position plus ancienne de Jerome C. Wakefield, professeur à la Silver School of Social Work-NYU. Selon lui, déjà dans les années 90 et 2000, ce que les chiffres disaient, ce n'était pas littéralement que la souffrance psychique avait augmenté, mais plutôt que le domaine du pathologique s'était étendu, de

façon parfois induite, et que des situations relevant jusque-là du registre normal des émotions humaines avaient été médicalisées⁽¹⁵⁾. Cette confusion entraînait non seulement des désagréments pour la recherche (en mélangeant des cas hétérogènes), mais aussi, selon Wakefield et Horwitz⁽¹⁶⁾, une surcharge du système de soin (qu'on pense aux listes d'attente interminables) et une dilution de l'attention portée aux cas les plus graves. Appliquer la position Wakefield à notre question, c'est se demander si l'inflation des diagnostics ne reflète pas aussi un élargissement des catégories nosologiques. Prudence épistémologique, donc, avant de tirer des conclusions alarmistes.

Imaginons un instant un match de boxe entre les deux professeurs de NYU. Comme il arrive dans ce sport, la question du vainqueur pourrait

NOTES

(1) Il y interne même sa femme, une veuve « ni belle ni sympathique », après une nuit d'insomnie qu'elle a passé à ruminer anxieusement le choix d'une robe de soirée.

(2) La méfiance envers les psychiatres, leurs hôpitaux, leurs traitements et leurs diagnostics était héritée de l'horreur suscitée à juste titre par les dures conditions de l'enfermement asilaire, mais aussi d'une contestation générale des autorités et pouvoirs institutionnels.

(3) Peut-on blâmer qu'on critique la psychiatrie, quand elle ne prend pas (ou, bien souvent : quand elle n'a pas, qu'elle ne peut pas prendre) le temps suffisant à l'écoute, et se contente de proposer des médicaments, d'une façon mécanique, indépendamment du contexte et de la complexité de la situation ou de la personne à traiter et-ou à aider ? Mais on se représente aussi, d'une façon excessive, les prescriptions comme systématiquement inutiles, profitables à Big Pharma ou particulièrement dangereuses, à risque de transformer « en légume »...

(4) Cela n'est pas vrai partout, elle garde un certain prestige, en parallèle du succès ou respect distant professé envers les neurosciences.

(5) Plan : la réflexion va passer par cinq étapes : on va se demander ce qu'on peut conclure des chiffres qu'on peut lire ici et là, s'il y a une augmentation du phénomène ou une extension du domaine, pourquoi les comparaisons sont délicates quand il s'agit de psychiatrie, les subtils décalages entre la carte diagnostique et le territoire expérientiel, et enfin articuler une critique de l'utilisation des diagnostics avec une critique des explications sociales des troubles psychiques.

(6) Il ne faut donc ni systématiquement les prendre pour argent comptant, ni les rejeter d'avance comme malhonnêtes.

(7) Source : Système national de données de santé, Cnam (merci à Bruno Falissard pour ces données).

(8) Source : Baromètre santé 2005, 2010, 2017, 2021 (*idem*).

(9) Cependant, depuis 2017, cette tendance semble s'inverser : en 2022, on enregistre une augmentation notable, avec 347 suicides recensés en 2017 contre 499 en 2022.

(10) Par exemple, aux États-Unis, le taux de suicide chez les jeunes tend plutôt à augmenter depuis quelques années. On pourrait multiplier les illustrations.

(11) J'utilise ce terme comme le fait Denis Forest lorsqu'il parle de neuroscepticisme : il ne s'agit pas de nier l'intérêt des statistiques mais de mettre en lumière leurs limites et biais potentiels, ce que savent très bien faire de nombreux psychiatres, parmi lesquels Bruno Falissard : voir son interview dans le numéro Esprit de décembre 2024, parmi bien d'autres exemples.

(12) Pour le suicide par exemple, on peut s'interroger : existe-t-il une meilleure prise en charge médicale et familiale du risque suicidaire ? Ou un meilleur accès aux soins psychiatriques ? Ou une chute du comportement ? Pour des raisons psychologiques ou simplement pour des raisons pratiques, comme le moindre accès à des pratiques, comme l'a mis en avant Malcolm Gladwell dans un article sur le suicide de Sylvia Plath (*Talking to Strangers*, 2019, Little Brown).

(13) On pourrait utiliser la métaphore suivante : c'est comme voir un arbre de près ou analyser, de loin, la composition d'une forêt.

(14) J. Haidt, *The Anxious Generation*, 2024, Penguin Press.

(15) Ce que Luc Périno a récemment appelé des « non-maladies », in *Les Non-maladies : la médecine au défi*, 2023, Seuil.

(16) Pour rentrer dans les détails, notamment autour des versions successives du DSM, voir *The Loss of Sadness*, 2007, Oxford University Press.

dépendre de l'arbitre et des juges. Les deux positions, bien qu'opposées, ne se contredisent pas nécessairement : ce sont deux pôles argumentatifs entre lesquels de nombreuses attitudes hybrides peuvent exister. Le pôle Haidt insiste sur l'urgence d'agir face à des causes identifiables. Le pôle Wakefield met en garde contre le risque de médicaliser à outrance des comportements normaux (47). Ces perspectives sont complémentaires dans leurs approches contrastées d'un phénomène contemporain complexe, loin des théories antipsychiatriques des années 1970, qui finissaient par réduire les troubles mentaux à des constructions sociales créées dans une visée de contrôle (48).

Par ailleurs, une troisième position à évoquer pourrait être la suivante : et si les chiffres signalaient aussi que les jeunes étaient davantage enclins à consulter (49) ?

Augmentation du phénomène ou extension du domaine ? Les professionnels et les chercheurs doivent naviguer entre les deux pôles avec prudence en gardant à l'esprit la complexité de la clinique. Une complexité d'autant plus grande qu'en psychiatrie, comparaison n'est pas raison. À Itaguaí, on serait bien en peine de juger sur les bases des rapports de la Casa Verde si les habitants allaient mieux après, ou avant.

Métriques de la souffrance

Les troubles anxieux ou dépressifs, loin d'être une invention moderne, accompagnent l'humanité depuis la nuit des temps (20). Comment, dès lors, mesurer la souffrance psychique, tant à l'échelle individuelle que collective ? Et comment la comparer, d'une personne à une autre, d'un groupe à un autre, hier et aujourd'hui (21) ? La plupart de ces comparaisons ne seraient que spéculations, et quand bien même on disposerait de données, il faudrait qu'elles soient fiables : cela fait beaucoup de défis méthodologiques.

L'un de ces défis bien connus, c'est la traduction du subjectif en mesure. Sans vouloir refaire l'histoire de la psychiatrie, on imagine bien que lorsque les troubles psychiques étaient lus comme des possessions d'esprits, de djinns ou de démons, des tares morales, des maladies incurables, la souffrance s'exprimait autrement, et les traitements disponibles étaient autres, eux aussi (22).

Si les souffrances sont plus visibles aujourd'hui, ce peut être qu'elles sont mieux reconnues, et pas forcément qu'elles sont plus nombreuses. Peut-être sont-elles mieux traitées aussi ? Doit-on s'inquiéter de la médicalisation croissante de l'existence ? Ou de la croissance de nouvelles formes de mal-être ? De nombreux récits tentent de faire sens des mutations sociales les plus marquantes (23). Doit-on les suivre dans leur pessimisme ? Ou doit-on garder l'optimisme de voir mieux pris en compte le mal-être, les troubles mentaux, les conduites suicidaires ?

En réalité, toutes ces approches butent sur le même écueil : quand bien même le diagnostic vise juste, il reste difficile de comparer les souffrances d'hier et celles d'aujourd'hui, dès que la distance culturelle ou temporelle s'agrandit. À la fin, c'est l'attitude choisie (optimiste ou pessimiste) qui tranche. À Itaguaí, tout le monde se méfierait à juste titre des comparaisons que proposerait un Dr Bacamarte.

Quand la carte transforme le territoire

La souffrance psychique est donc un phénomène complexe, à la croisée de multiples dimensions : subjectives, on l'a dit, historiques, sociales et culturelles, mais aussi temporelles, émotionnelles, cognitives, linguistiques et discursives. L'expression de cette souffrance évolue dans le temps et selon les contextes. Entre l'intime et le partagé, entre l'indicible et l'explicite, ce qui est ressenti n'est pas toujours ce qui est exprimé, et ce qui est exprimé n'est pas nécessairement ce qui est compris. Il y a des souffrances plus ou moins légitimes, et le pathologique ou l'acceptable varient selon les contextes, individuels et collectifs.

Le « for intérieur » est façonné par des transformations historiques et culturelles. Ces changements se traduisent par une évolution des cadres dans lesquels les individus perçoivent, décrivent et interprètent leurs émotions et leurs souffrances. Il y a des configurations sociales qui façonnent l'« architecture des possibles » et influencent le « système motivationnel » d'un individu, ses espoirs et ses attentes.

Il y a une « orientation de l'attention » qui influence ce qu'on imagine ressentir en parallèle à ce qu'on ressent (sans coïncidence parfaite). Arthur Kleinman (24) a appelé les « modes d'attention culturelle » ces manières dont les individus apprennent à percevoir, ressentir et nommer leurs émotions au sein d'un cadre collectif, ce décalage entre l'expérience vécue et les cadres discursifs, entre les mots et les choses. Le champ de la psychiatrie culturelle (mais toute psychiatrie n'est-elle pas culturelle ?) a souligné à quel point la souffrance était médiatisée par les discours et les représentations traditionnelles ou médicales – et souvent hybrides –, personnelles ou collectives. L'introduction d'un vocabulaire nouveau peut modifier la façon dont les

NOTES

(17) Pôle dans lequel on pourrait associer les positions d'Allen Frances et son *Saving Normal* (Mariner Books, 2013).

(18) Avec la question : par qui ? les psychiatres ? les hôpitaux ? les pouvoirs ? le Grand Capital, fétichisé ?

(19) Cela ne suffirait pas à expliquer l'augmentation des lésions auto-infligées ou des suicides par exemple.

(20) Des témoignages de souffrance psychique jalonnent les récits les plus anciens : le deuil de Gilgamesh, l'angoisse existentielle de Job ou encore le trac et les crises de doute de Démosthène, Cicéron ou même Moïse. L'historien Jean Delumeau, par exemple, offre un vaste panorama de phénomènes d'anxiété au Moyen Âge, dans son *Histoire de la peur en Occident* (Fayard, 1978). Robert Burton en offre un autre, d'époque, pour la Renaissance.

(21) Peut-on comparer l'anxiété d'une personne en 1980 à celle d'une personne en 2020 ? Peut-être, si l'on dispose de critères standardisés et constants sur cette période. Mais peut-on comparer l'anxiété en 2020 avec celle de 1936, ou avec celle de 1730 ? Ces comparaisons deviennent encore plus complexes lorsqu'il s'agit de cultures éloignées. Peut-on savoir si les gens étaient plus ou moins tristes, heureux ou déprimés et anxieux en 1940, en 2020, en 1492, pendant une épidémie de peste ou une persécution, ou bien une année de grâce ?

(22) Pour autant qu'ils existaient : soins traditionnels et religieux par des rituels plus ou moins collectifs ; adaptation ou réaction de la communauté au problème, etc.

individus vivent leur souffrance, sans pour autant que ces souffrances soient des créations magiques de ces mots seuls, sans fondement expérientiel. La question est donc : à quel point le vocabulaire psychiatrique transforme-t-il les formes mêmes de la souffrance ? Et est-ce pour le mieux, ou le pire ?

À ce sujet, l'un des concepts les plus intéressants est celui des « effets de boucle » (*looping effects*), développé par Ian Hacking ⁽²⁵⁾. Il illustre comment, lorsqu'un diagnostic est formulé, il crée des mailles de sens qui peuvent engendrer une identification et une requalification relative d'une expérience, ou une accréation et un filtrage d'expériences variées dans un terme unique et général. Cela modifie en retour les contours de la réalité subjective ainsi nommée, et jusqu'à la teneur même de cette expérience subjective. On peut l'illustrer grâce au travail du psychiatre et anthropologue Robert Levy ⁽²⁶⁾, qui, dans ses études sur les émotions à Tahiti, a montré comment certaines sociétés peuvent sous-conceptualiser des formes de souffrance psychique, les assimilant à des phénomènes somatiques ou spirituels, tandis que d'autres, en particulier les sociétés occidentales contemporaines, ont tendance à sur-conceptualiser ces mêmes souffrances en multipliant les catégories diagnostiques.

La « souffrance psychique », en plus d'être objet de description et de quantification, est donc aussi objet d'interprétation. Les mots, les diagnostics et les systèmes de soin influencent profondément les expériences qu'ils prétendent simplement observer. Loin d'impliquer que tout est construction culturelle, cela signifie simplement que les possibilités et les usages dans les champs médical, thérapeutique, médiatique et culturel transforment en partie ce qu'elle est. Et il y a dans ces mutations des risques qui inquiètent les tenants d'une sociologie critique de la raison diagnostique. Peut-être qu'à Itaguaí, après la disparition de la Casa Verde, les habitants ne parlaient plus de leurs souffrances comme avant... Peut-être y avait-il un sociologue pour s'en préoccuper.

Critique de la raison diagnostique contre critique de la raison sociologique

On pourrait dire qu'une certaine forme d'attitude critique sociologique a pris le relais de l'antipsychiatrie « classique ⁽²⁷⁾ » des années 1960-1970 et de la philosophie anti-psychiatrique d'inspiration politique. On peut dessiner à grands traits deux positions : celle qui considère les troubles mentaux comme des réalités objectives (les réduisant parfois à des phénomènes neurobiologiques, ce qu'ils peuvent tout à fait être, mais en évacuant d'autres niveaux de lecture, tout aussi pertinents, voire plus, bien souvent : le contexte de vie, la dimension sociale et discursive, la question du sens), d'un côté ; et de l'autre, la position constructionniste, qui elle, tend au contraire à évacuer la régularité et la réalité des souffrances psychiques, ainsi que l'aide que peut offrir la psychiatrie. Je vais appeler « critique de la raison diagnostique » la position sociologique. Elle est illustrée par des auteurs comme Thomas Scheff, Peter Conrad ou Nikolas Rose ⁽²⁸⁾. Selon

On imagine bien que lorsque les troubles psychiques étaient lus comme des possessions d'esprits, de djinns, de démons, des tares morales, des maladies incurables, la souffrance s'exprimait autrement, et les traitements disponibles étaient autres, eux aussi.

cette approche, le diagnostic n'est pas tant l'identification objective d'un état qu'une catégorie potentiellement dangereuse, risquant de façonner les comportements à son image ou d'imposer des narratifs considérés comme inutiles et fantaisistes (par exemple celui des neurosciences, d'un défaut dans la chimie cérébrale, d'un manque du neurotransmetteur X ou Y, etc.). Howard Becker avait proposé une théorie de la déviance comme d'une « étiquette » (*labeling*)

NOTES

(23) Les approches historiques, philosophiques ou sociologisantes permettent des constructions narratives, et l'esprit aime se nourrir de ces récits qui séduisent notre quête de sens. Qu'ils s'appellent Christopher Lasch, ou Slavoj Zizek (ou Renata Salecl ou Christian Dunker), qu'ils soient psychanalystes freudiens ou lacaniens, philosophes marxistes ou hégéliens, ils sont nombreux les penseurs qui livrent des diagnostics à propos de la société (Nietzsche écrivait que le « philosophe devait être le médecin de la civilisation », Freud le prendra parfois au mot). Le point commun c'est que la société est en crise. La société du risque (Ulrich Beck), la société liquide (Zygmunt Bauman), les individus confrontés à l'incertitude du futur, à la précarité économique, aux transformations du salariat, au travail sans qualité (Richard Sennett), aux effets déléteres des politiques néolibérales (Mark Fisher), de la précarité, de la nécessité de performance et de construction de soi-même (Alain Ehrenberg), ou de maîtrise des codes de l'informalité (Pierre-Henri Castel suivant Cas Wouters suivant Norbert Elias), la tyrannie du choix (Barry Schwartz), l'anomie (Émile Durkheim et ses successeurs), la perte des repères traditionnels, des rituels, des coutumes et des règles, des structures

hiérarchiques, le sentiment de désorientation entraîné par les changements technologiques et sociétaux rapides, la vie accélérée, privée de « résonance » (Hartmut Rosa).

(24) Pour approfondir, parmi bien des références, on pourra se référer aux livres d'Arthur Kleinman, de Byron Good, à la revue *Culture, Medicine and Psychiatry*, aux articles de Laurence Kirmayer et à la revue *Transcultural Psychiatry*, à L. Greenfeld ou I. Gold, ou encore, pour un bon accès pédagogique, à l'ouvrage du journaliste Ethan Watters, *Crazy Like Us. The Globalization of the American Psyche* (Free Press, 2010).

(25) Voir par exemple : *Rewriting the Soul : Multiple Personality and the Sciences of Memory* (Princeton, 1995), *Mad Travelers : Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses* (Cambridge, 2002).

(26) Robert Levy, *Tahitians, Mind and Experience in a Society Island*, (University of Chicago Press, 1975).

(27) Si ce mot est adapté à un mouvement traversé par les idées hippies ou new age.

(28) Mais aussi, chacun dans son style, Allan Horwitz, Joanna Moncrieff, Svend Brinkmann, le journaliste Johann Hari, etc.

La psychiatrie a changé : l'hôpital doit accompagner cette mutation pour offrir la meilleure image et le meilleur service possible à un public qui le sollicite plus que jamais.

qui tendait à mouler les comportements déviants une fois qu'elle était posée. Cela a été appliqué avec plus ou moins de bonheur aux « maladies mentales (29) ».

Or, bien que la critique sociologique mette en lumière des dynamiques importantes, notamment lorsque des influences mercantiles cherchent à transformer des catégories diagnostiques, elle sous-estime parfois les enjeux contemporains des

souffrances, perplexité et attentes des individus face à la psychiatrie (la « demande »). Ces enjeux sont massivement intriqués dans des problématiques sociales et économiques (capital culturel, social, économique), voire géographiques (accès concret aux soins).

Là où Foucault s'intéressait à la psychiatrie (et la prison) comme institution de contrôle et de surveillance, c'est peut-être aujourd'hui l'inverse, l'absence de surveillance, de soin, qui semble le problème le plus préoccupant (30) : faute de centres, de moyens, de psychiatres, d'infirmiers, de psychologues, d'autres professionnels ; avec des temps d'attente trop longs, l'absence de structure de suivi au-delà du diagnostic (31), de possibilité de communication téléphonique, etc. Voilà les sources d'inégalités et de souffrance non prise en charge. Ce vide institutionnel n'est-il pas davantage préoccupant que l'« excès de contrôle (32) » ?

Aujourd'hui on note une large diffusion des représentations de la psychiatrie, parfois dans les miroirs déformants et les quiproquos des échanges entre des supposés experts et des consommateurs, usagers ou patients, médias et public. Si autrefois les étiquettes diagnostiques étaient imposées par les institutions, on observe aujourd'hui une appropriation des diagnostics par certains groupes. On pourrait appeler cela *self-labeling* (« auto-étiquetage »). Des concepts psychiatriques comme le TDAH et l'autisme ; des notions de psychologie controversées comme celle de haut potentiel intellectuel ou d'hypersensibilité, circulent largement au-delà du cadre professionnel, parfois avec des malentendus ou des usages plus ou moins déformés. On est dans une situation où, pour caricaturer, ce sont souvent les patients qui viennent au Dr Bacamarte plus que le Dr Bacamarte qui vient aux patients, et même lui pourrait être débordé.

Les sociologues se souviennent de la théorie d'Erving Goffman (33) à propos de l'asile comme une institution totalisante, et des stigmates qui s'attachent au statut de malade mental, de fou. Si on revient au sens chrétien du mot, des stigmates sont également des signes d'élection spirituelle. Or, que se passe-t-il aujourd'hui avec les diagnostics ? Ils peuvent être controversés entre les écoles, ils peuvent être négociés, ils peuvent aider à faire sens d'une souffrance, à donner une orientation à la prise en charge, à mettre des mots sur des douleurs, qui sont bien souvent très réelles, mais plus ou moins fortes, plus ou moins dangereuses, plus ou moins à risque (qu'on pense aux conduites suicidaires), plus ou moins dures. Et ils peuvent aussi devenir des marques identitaires valorisées ou bien permettre d'obtenir des bénéfices sociaux. On recherche des identifications de groupe, parfois même une distinction sociale (ou intellectuelle et personnelle), une valorisation ambiguë, des facteurs explicatifs et des clés narratives ; parfois même des armes pour se défendre, se protéger, voire pour attaquer (34).

La psychiatrie comme « remède pire que le mal », cela existe : certains médecins, certaines équipes, certains services ou hôpitaux réellement maltraitants (35). Et comme outil de « contrôle social », cela peut arriver également (36).

NOTES

(29) Une extension de cette théorie montre que l'étiquette de « malade mental » peut façonner les attitudes de la personne ainsi étiquetée, voir par exemple les articles de Bruce G. Link dans les années 90 ou le chapitre de Fred Markowitz ("Labeling Theory and Mental Illness", 2013).

(30) En Europe du moins, peut-on imaginer des groupes persécutés par des diagnostics ? Ou bien au contraire, n'y a-t-il pas plutôt des groupes qui n'ont pas accès comme il le faudrait à des soins psychiatriques adaptés, suffisants, non envahissants, de qualité, etc. ? On pourrait appliquer la même critique que celle de C.F. Alford contre la vision des prisons de Foucault. Le problème serait l'inverse d'un panoptique surveillant tout : les prisons sont cet endroit où le droit n'a plus cours, où la loi du plus fort l'emporte, les caïds jouent de la corruption et de leur influence sociale pour racketter les plus faibles, ou pire, selon leur bonne volonté, parfois avec cruauté, et c'est là où la loi ferme les yeux (voir l'article d'Alford, "What Would It Matter if Everything Foucault Said About Prison Was Wrong? Discipline and Punish after 20 Years", 2000).

(31) Prolifération de centres experts et de grands plans de gestion théoriques, abandon à eux-mêmes des centres de suivi (de « terrain ») qu'on prive de moyens.

(32) En psychiatrie, là où il n'y a plus de soins parce qu'il n'y a plus de psychiatre, plus de psychologue, plus d'infirmier,

plus de secrétaire, plus de personnel, plus de standard téléphonique...

Là où il faut attendre un an pour recevoir un enfant en grave difficulté psychologique ; ou bien là où il n'y a d'autres choix que le cabinet privé, non remboursé, trop cher, et difficilement accessible ; là où les urgences sont débordées et renvoient chez lui sans même un examen psychiatrique un jeune en grand danger suicidaire ; c'est là que sont l'inégalité, la perte de chance dommageable.

(33) Erving Goffman, *Asiles : étude sur la condition sociale des malades mentaux* (Éditions de Minuit, 1968) ; *Stigmates : les usages sociaux des handicaps* (Éditions de Minuit, 1975).

(34) Ou même se venger (désigner et dénigrer quelqu'un comme « pervers narcissique », divulguer des problèmes psychiatriques réels ou supposés d'un ex-mari ou d'un parent ; lancer des attaques réputationnelles, tantôt justifiées, tantôt arbitraires, tantôt privées, tantôt publiques).

(35) Mais il faut aussi prendre en compte les difficultés auxquelles peuvent être confrontés des services débordés et sans moyens financiers.

(36) Notamment quand elle est instrumentalisée par les pouvoirs pour gérer des tensions, parfois dans les situations ambiguës des soins en prison, en addictologie, à l'armée, ou dans le monde professionnel.

En parallèle, la psychiatrie est devenue, dans d'autres contextes, une promesse d'accès à des ressources et un traitement, que de nombreux individus cherchent activement voire, dans les zones délaissées, désespérément (37). Les représentations de la psychiatrie et de la santé mentale ont profondément évolué, entraînant une « démocratisation de la souffrance légitime », autrefois réservée à ceux qui avaient la possibilité de l'exprimer, souvent de façon culturellement codée (38). Cependant, à l'image de notre société, cette démocratisation est marquée par des inégalités d'accès aux soins, des confusions dans les usages, entre quête de diagnostic et peur de la médicalisation.

C'est pourquoi, si la critique sociologique de la raison diagnostique reste essentielle, notamment pour mieux lire la structuration du système et ses enjeux économiques (y compris l'influence des compagnies pharmaceutiques (39)), elle ne doit pas occulter les besoins réels de soin et d'accompagnement des individus (y compris l'accompagnement hors de la psychiatrie, une fois l'autonomie suffisante (40)). Elle doit être équilibrée par une critique de la raison sociologique (critique de la critique).

Conclusion

À la fin du conte de Machado de Assis, l'Aliéniste change son fusil (son tromblon) d'épaule quand il réalise que ses critères diagnostiques étaient excessifs. Ce seront désormais les gens équilibrés (41), largement minoritaires, qui seront hospitalisés (42). Dans notre système de santé, rien d'aussi carnavalesque ne semble souhaitable. En revanche, il est temps qu'il réagisse à la transformation de la demande (43), ainsi qu'aux conséquences de

la détérioration des centres encore vivants (44). Aujourd'hui, traiter et exposer des troubles autrefois impropres à être partagés est moins honteux que jamais. La psychiatrie, son image et son public (45) ont changé : il est temps que l'hôpital accompagne cette mutation pour offrir la meilleure image et le meilleur service possible (46) à un public qui le sollicite plus que jamais. ●

NOTES

(37) Quelques bénéfices attendus d'une consultation psychiatrique : un certificat d'arrêt de travail pour une dépression liée à des circonstances de vie très adverses ; obtenir un certificat contre un conjoint dont on veut se séparer ; obtenir une attestation d'un trouble pour avoir un temps plus long pour des examens ; obtenir des médicaments perçus comme améliorant l'attention grâce à un diagnostic de TDAH, parfois face à des institutions saturées et inaccessibles, et parfois à l'excès (des parents voulant contre l'avis de nombreux professionnels un diagnostic pour leur enfant).

(38) Grâce notamment à la psychanalyse, à la psychologie positive, au développement personnel, au féminisme, etc.

(39) Voir par exemple le travail de David Healy, entre autres.

(40) Et ainsi le rétablissement le plus stable possible, grâce à un suivi adapté ; mais aussi le maintien hors de la psychiatrie quand il ne semble pas pertinent d'y entrer.

(41) Par exemple ceux qui sont sages, humbles, modérés, loyaux, patients, etc.

(42) À la toute fin du conte, le Dr Bacamarte se retrouve seul patient de son asile.

(43) Notamment un tri pour hiérarchiser les situations et adapter les propositions thérapeutiques.

(44) Qui restent un service essentiel et souhaité par une grande partie de la population : loin des positions des critiques de la psychiatrie comme alliée systématique des pouvoirs ou du néo-libéralisme, ou des positions antipsychiatriques qui, parfois, sous couvert d'humanisme, rejoignent les modèles néolibéraux en s'opposant aux structures hospitalières par principe, quelle que soit leur utilité pour la prise en charge des malades dans certaines situations pathologiques.

(45) Pour reprendre un titre de Serge Moscovici, *La Psychanalyse, son image et son public*, PUF, 1976.

(46) Ou au moins *Good enough*.