Santé mentale, autonomie, rétablissement : une perspective sociologique

Le mot rétablissement est profondément lié à toute une série de nouveaux concepts en psychiatrie et en santé mentale qu’on voit se diffuser en France depuis le tournant du 21e siècle, concepts ou mots comme réhabilitation, case-management, éducation thérapeutique, empowerment-pouvoir d’agir, pair-aidance, etc. Ils sont liés par un air de famille. Quel air de famille ? Que désigne-t-il ? C’est ce que je vais m’efforcer d’explorer dans cette conférence.

L’ascension de la réhabilitation psychosociale — on parle aussi de « thérapies psychosociales » — et de la problématique du rétablissement apparaît, selon l’expression des acteurs, comme un « changement de paradigme », une « révolution » dans la thérapie. Ce changement se caractérisent par quatre traits : 1) de nouvelles cibles cliniques (les troubles neurocognitifs et ceux dits de la cognition sociale) ; 2) de nouvelles questions (le logement, les études, le travail) ; 3) de nouvelles professions et compétences (neuropsychologues, orthophonistes, *case managers*, pairs-aidants, etc.) ; 4) de nouvelles approches qui placent l’accent sur les ressources de l’individu bien plus que sur la pathologie ou le handicap dont il est atteint. On peut dire que cet ensemble caractérise un certain esprit de l’action que cette conférence va explorer

Ces pratiques et ces concepts se diffusent dans un contexte institutionnel où la psychiatrie doit intégrer le cadre de la santé mentale. Cela pose la question de préciser en quoi la santé mentale est une nouvelle donne tant pour la psychiatrie que pour la société.

Ils participent également d’un contexte général de changement de l’esprit du soin, c’est-à-dire de la façon d’agir dans le soin et de définir ce qu’est un bon soin, qui me semble bien résumé par un patient qui, au sortir d’une séance de remédiation cognitive, déclare au psychologue en charge du traitement : « Avant j’étais un handicapé, mais grâce à notre travail, j’espère devenir un handicapable[[1]](#footnote-1). » Voilà formulée d’une façon follement lucide une définition *sociologique* non seulement de la nouvelle figure du patient en psychiatrie qui s’est progressivement instituée avec la généralisation de l’ambulatoire, mais encore, au-delà de la psychiatrie, de la nouvelle figure d’individu qui s’est également instituée avec la généralisation des idées-valeurs de l’autonomie au cours du dernier demi-siècle. Hier, handicap et capacité étaient opposés (la capacité étant du côté de l’autonomie) ; aujourd’hui, ils se combinent dans une problématique des *degrés* de l’autonomie et de la *diversité* de ses formes. L’autonomie est un concept relatif. Handicapé était un état, handicapable est un itinéraire de transformation personnelle face au mal, un parcours de rétablissement. Les thérapies sont organisées de telle sorte que l’individu puisse placer le plus possible sa santé et sa socialité dans ses propres mains, ce qui implique d’être créatif dans les solutions susceptibles d’être découvertes. Tout cela dessine la figure nouvelle d’un patient capable.

D’abord quelques remarques sur le grand changement représenté par la santé mentale, puis sur le rétablissement et la réhabilitation.

La « santé mentale » est une notion extrêmement large. Comme le manteau de la vierge, qui abrite des personnages forts divers, elle recouvre des réalités multiples. Elle occupe en même temps une place centrale dans nos sociétés, étant donnée l’intensité des préoccupations dont elle fait l’objet, notamment dans le monde du travail pour l’adulte ou dans celui de l’éducation pour l’enfance et l’adolescence.

Le grand changement en un mot : les maladies mentales représentaient un enjeu médical pour la société et l’offre de soins en était le pivot, la santé mentale est un enjeu *total* et l’intrication du sanitaire et du social en est la colonne vertébrale. Elle est un enjeu total pour deux raisons : 1. les problèmes de santé mentale sont *transversaux*, ils dépassent largement le domaine de la psychiatrie et ne relèvent pas seulement de politiques publiques de santé ; 2. La santé mentale possède aussi une dimension positive qui la fait sortir de la pathologie.

Concernant la dimension positive, si on se tourne vers la Charte d’Ottawa (1986) de l’OMS, elle s’élargit, au-delà de la pathologie, à la socialité humaine. La Charte précise que « la promotion de la santé ne relève […] pas seulement du secteur de la santé » et que « son ambition est le bien-être complet de l’individu ». L’OMS précise les fonctionnalités du bien-être, ce que celui-ci permet de faire : « la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». La santé mentale, en se référant à la notion de bien-être, met en relation étroite la santé et la socialité de l’être humain qui apparaissent ici indissociables. Dans cette relation, la santé apparaît non comme une fin, mais comme une ressource pour se confronter aux aléas de l’existence, et j’ajouterais dans une société exigeant un fort autocontrôle émotionnel et pulsionnel pour s’accomplir dans la vie.

La santé mentale recouvre ainsi un territoire protéiforme qui va des pathologies les plus lourdes au développement personnel, via la santé mentale positive.

La spécificité des entités pathologiques, des pathologies mentales, dans la morbidité humaine est qu’elles affectent tout à la fois les idées (délire, hallucinations), les émotions (comme l’angoisse) et les sentiments moraux (comme la honte et la culpabilité). Les symptômes portent sur les aspects les plus fondamentaux de la vie en société. Dans ce domaine, la santé et la socialité de l’être humain sont inséparables : ces pathologies intriquent inexorablement la maladie (au sens médical) *et* le mal, moral et social. On doit considérer que ce que nous, les modernes, appelons « pathologies mentales » sont des troubles fonctionnels de la socialité, que l’appellation désigne des ratés de la socialisation où sont en jeu des valeurs de civilisation.

En un demi-siècle, non seulement les entités psychopathologiques et psychiatriques ont changé de place sociale et médicale, mais encore les moyens de traitements, psychothérapies et pharmacothérapies, ont connu le même sort. Les problèmes de santé mentale ne sont plus seulement des problèmes spécialisés de psychiatrie et de psychologie clinique et les moyens de traitement ne sont plus seulement des moyens de se soigner.

Ces maux, auparavant considérés comme des problèmes médicaux — psychiatriques — relevant du soin, sont aujourd’hui également des questions sociales qui traversent toute la société, l’école pour l’enfance avec la phobie scolaire, les troubles du comportement ou l’hyperactivité, le travail et l’emploi pour les adultes avec la souffrance au travail et le burn-out, etc. Cette morbidité met en lumière un changement majeur concernant le statut du symptôme : le trouble mental est l’expression d’une difficulté liée à la socialisation, comme les troubles de l’attention ou la phobie scolaire qui empêchent l’enfant d’apprendre, et les critères du fonctionnement social deviennent essentiels, y compris dans les domaines classiques de la psychiatrie, comme les psychoses, avec la réhabilitation et le rétablissement.

L’intrication de la santé et de la socialité de l’individu est également centrale dans la réhabilitation et le rétablissement. La réhabilitation, comme toute psychothérapie, mais en lui donnant la place principale dans le processus de changement, consiste à resocialiser le patient selon des critères d’autonomie qui constitue l’horizon normatif de ces pratiques.

Avec la généralisation de la prise en charge des troubles psychiatriques lourds en ambulatoire et la généralisation de l’idée que les personnes atteintes doivent vivre dans la cité, nous avons assisté à une inflexion générale des idées et des valeurs en matière de prises en charge, de traitements et d’accompagnements. Le changement dans l’esprit du soin marqué par ces nouveaux rapports entre handicap et autonomie est devenu éclatant avec la réhabilitation et le rétablissement qui cristallisent la montée en puissance des problématiques capacitaires, c’est-à-dire des approches fonctionnelles centrées sur les *capacités relatives* des personnes plutôt que sur leurs déficits, leurs handicaps ou leurs pathologies. Les capacités relatives, c’est-à-dire les ressources de l’individu, ses compétences préservées, mais aussi ses aspirations. Leur but central est de permettre aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères et durables de développer leurs capacités le plus largement possible, condition indispensable pour vivre dans la cité.

Le centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale a raison de dire, je cite, qu’« un modèle s’impose aujourd’hui pour repenser la qualité du parcours de santé et de vie en santé mentale, organisation et pratiques dans le soin et l’insertion, en fonction d’une lecture fondée sur le rétablissement[[2]](#footnote-2). » Sans disposer malheureusement de bilan, on peut néanmoins constater, depuis quelques années, une dynamique d’accélération de l’institution des pratiques de réhabilitation psychosociale et de rétablissement. Ainsi, la *Feuille de route Santé mentale et psychiatrie*, publié le 28 juin 2018 par le Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie qui est présidée par la ministre de la Santé, prévoit de rendre accessible l’offre de réhabilitation sur tous les territoires. La DGOS promeut des plateformes de réhabilitation, elle également publié en janvier 2019 une Instruction de la DGOS sur la réhabilitation, les financements par les agences régionales de santé sont prévus. Les PTSM, dont les premiers contrats vont être signés cette année, doivent également prévoir une telle offre. Il y a désormais une politique nationale pour développer ces pratiques.

Les concepts d’accompagnement, de parcours et de personnalisation des traitements sont des thèmes fondamentaux. Le soin s’entend de plus en plus comme un entrelacement du soin médical et du soin social. Ici, ce qui a joué est le changement de situation institutionnelle du patient psychiatrique qui est désormais pris en charge essentiellement en ambulatoire. La question de l’autonomie et des capacités devient centrale dans cette nouvelle situation institutionnelle. Celle-ci a fait apparaître, au-delà des symptômes psychiatriques, des difficultés à vivre en société : le thème des handicaps sociaux amorce son ascension à partir des années 1980.

La généralisation de l’ambulatoire se caractérise par la montée du « social » à partir des années 1980 : le diagnostic *fonctionnel* (capacité à prendre soin de soi, gestion de la maladie, fonctionnement social, etc.) revêt une importance majeure, et tout un tissu institutionnel se développe qui donne sa forme et es contenus au médico-social. Dans le désordre : appartements accompagnés, équipes mobiles psychiatrie précarité, permanences d’accès aux soins de santé, etc., puis à partir des années 2000 une notable abondance législative : la loi du 2 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médicosociale qui institue le « projet de vie » à côté du projet de soin, la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et la qualité du système de santé et de la loi du 11 février 2005 pour l’égalité du droit et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Le logement devient une des nouvelles scènes du soin ou de l’accompagnement, avec la création des SAVS et des SAMSAH dont la philosophie repose sur la promotion de l’autonomie des personnes et leur maintien dans la vie rodinaire. Le handicap psychique redéfinit un certain nombre de caractéristiques de la maladie en fonction de ses conséquences — ce qui renforce la référence à un diagnostic fonctionnel.

Le couplage du sanitaire et du social constitue désormais le nouveau cours avec le développement du médicosocial et du social. Le concept *d’accompagnement*, qui se substitue à celui de prise en charge, est aujourd’hui absolument partout et marque ce nouveau cours : si l’on soignait dans le sanitaire et l’on accompagnait dans le médicosocial et le social, désormais soigner et accompagner s’entrelacent de multiples manières, selon les équipes et les contextes locaux. Accompagner, c’est toujours accompagner vers l’autonomie.

Le Comité français pour la réhabilitation psychosociale affiche sur son site qu’il a pour mission de promouvoir une « politique de restauration de l’individu instigateur de lui-même ». L’ascension de la réhabilitation et des approches capacitaires mobilise des représentations collectives générales de l’individu qui sont centrés sur l’autonomie individuelle.

Ce style de socialisation du mal est en effet en concordance avec un nouveau contexte moral, social et politique, avec un changement dans les sensibilités collectives qui s’amorce dans les années 1960 : un nouvel individualisme imprégné d’idées-valeurs rassemblées par le concept d’autonomie. À partir des années 1970-1980, l’autonomie qui était une aspiration collective dans nos sociétés, est devenue notre condition commune, notre condition au sens où les idées, les valeurs et les normes de l’autonomie imprègne désormais l’ensemble des relations sociales. Elle est devenue un impératif. L’autonomie-condition se caractérise par l’institution des valeurs de choix et de propriété de soi, qui a engendré une dynamique de diversité normative et de multiplication des styles de vie inconnues il y a encore un demi-siècle en Amérique du Nord et en Europe, mais également d’initiative individuelle et d’action. Ces nouvelles représentations collectives de l’être humain en société placent l’accent sur la capacité à agir de l’individu et sur les comportements créatifs ou innovants. Le choix, la créativité, l’initiative individuelle : on entre dans ce qu’on peut appeler un individualisme de capacité. Adopter une ligne de conduite personnelle, voilà ce qui est en train de devenir important.

Ces changements dans les manières d’agir en société forment le contexte dans lequel une nouvelle morbidité, qui ne relève plus seulement du domaine *particulier* de la maladie mentale, mais de celui, *général*, de la vie sociale s’est progressivement instituée comme un enjeu majeur dans le travail, l’éducation et la famille. Les questions de santé mentale sont devenues, au-delà des pathologies psychiatriques, des soucis transversaux à toute la société parce que les idéaux de l’autonomie-condition mettent en relief une dimension émotionnelle qui était marginale auparavant. À travers le vocabulaire omniprésent des compétences émotionnelles, relationnelles ou de savoir-être, compétences explicitement sociales, la santé mentale apparaît alors comme la condition de la bonne socialisation de chacun. C’est en même temps une reconceptualisation de la santé *en général* : via la santé mentale, les relations sociales sont au cœur de la santé. La santé mentale désigne l’entrée des relations sociales dans la santé. Tout cela constitue une nouvelle donne.

L’un des plus puissants idéaux de cette société de l’autonomie généralisée est l’individu *capable*, quels que soient ses handicaps, ses déviances ou ses pathologies, de connaître des accomplissements en transformant ses handicaps en atout par un changement personnel. Cet idéal est la forme sociale *spécifique* par laquelle des populations diagnostiquées malades, handicapées ou déviantes, traitées jusqu’alors au sein d’institutions que le sociologue américain Erving Goffman a appelé dans les années 1960 des « institutions totales », sont devenus des individus capables non seulement de connaître des accomplissement, malgré le mal qui les atteint, mais parfois plus encore *grâce* à lui — c’est la figure de l’handicapable, de l’individu capable malgré tout parce qu’il dispose toujours d’un minimum de potentialités. L’idéal du potentiel caché, le tournant vers l’atout et les compétences, sont le ressort de la réhabilitation et du rétablissement.

Dans ce nouveau contexte, la relation entre le normal et le pathologique est reconfigurée par la polarité atout/handicap qui passe au centre des prises en charge. Les pratiques sont conçues non plus dans une problématique de l’adaptation ou de la réadaptation, mais dans celle de la capacité et de la compétence en même temps que la relation médecin/patient se modifie dans un sens où le patient devient un partenaire — deux déplacements majeurs.

Cette approche capacitaire consiste en un accompagnement de l’individu qui : 1) privilégie l’« agir *avec* lui» aux dépens de l’« agir *sur*lui », 2) considère que le patient ne doit pas être réduit à ses symptômes, qu’il a une expérience sur laquelle s’appuyer, 3) déplace l’accent du déficit *à compenser* au potentiel *à augmenter*. La réhabilitation est à la fois le concept clé de la prise en charge du sujet psychotique dans la Cité et le concept par lequel il *s’émancipe en tant qu’individu*, la référence par laquelle il devient un partenaire moral. Le patient rétabli est un patient capable, au sens où il a certainement des symptômes, il doit pouvoir néanmoins assumer dans la plus large mesure possible la responsabilité de sa vie. C’est l’*empowerment*, l’augmentation du pouvoir d’agir de l’individu qui est la cible, son autonomie.

La régulation des comportements est moins pensée dans les termes classiques d’une prise en charge que dans ceux, nouveaux, d’un *accompagnement* de l’individu de telle sorte qu’il soit capable d’adopter une ligne de conduite personnelle face à la multiplicité des contingences que constitue le fait de vivre dans la cité. Il s’agit d’être capable de vivre malgré le mal, malgré les symptômes. Les pratiques de réhabilitation, en cherchant à développer les capacités des individus, reprennent une idée clé de la psychanalyse ou des approches psychodynamiques : l’individu, et non le thérapeute, est l’agent principal de son propre changement.

Les références des pratiques de réhabilitation sont généralement cognitives et comportementales. Ces pratiques consistent en général à faire des *exercices* d’un genre ou d’un autre facilitant la prise de nouvelles habitudes en matière de comportement et de pensée. Elles entraînent le patient notamment sous la forme de modules spécialisés en vue de former de nouvelles habitudes dans tel ou tel domaine de compétence. Le mot clé des psychologies scientifiques depuis les débuts du comportementalisme est « apprentissage ». Mais la réhabilitation peut aussi parfaitement constituer l’espace d’un travail psychodynamique, voire psychanalytique, dans lequel sont mises en œuvre des pratiques non plus d’exercices, mais d’élaboration sur les relations humaines : des cliniciens s’appuient sur la remédiation cognitive pour que les patients élaborent le matériel clinique afin de leur permettre de se le réapproprier et de donner du sens là où le morcellement et la dislocation menacent. Dans ces pratiques peuvent se combiner de diverses manières approches cognitives, phénoménologiques et psychanalytiques. Prendre des habitudes par des exercices et élaborer sur les relations alimentent un double mouvement complémentaire psychodynamique, voire psychanalytique, et comportemental-cognitif. Si au niveau des principes, ces approches s’opposent, elles peuvent, en fonction des contextes et des cas, s’avérer parfaitement complémentaires.

Rendre intelligible pour arriver à une conscience plus claire et s’exercer pour acquérir des automatismes représentent deux pratiques complémentaires sur le plan sociologique. Ces pratiques de soutien moral sont ainsi une institution sociale de notre société, société où l’autonomie a fait entrer chacun dans l’existence individuelle de masse, c’est à-dire dans des formes de vie où il revient désormais à chacun non seulement de construire son existence, mais encore le sens qui lui est accordée.

Tout le monde s’accorde dire pour que l’organisation de l’action, c’est-à-dire l’accompagnement, doit être centrée sur le parcours individuel et les besoins des personnes. De telles pratiques impliquent une organisation sociale centrée sur l’individu, sur ses besoins certes, mais également, et cela est plus nouveau, sur *ses* *valeurs* et *ses choix*. Le patient rétabli est un patient capable, au sens où il a peut-être des symptômes, mais il *peut* … Il peut quoi ? Il peut prendre un peu, un peu plus, beaucoup, etc., la responsabilité de sa vie — les degrés de l’autonomie sont aussi variables que les formes revêtues par la schizophrénie et que les variations de son évolution. L’institution de la réhabilitation et du rétablissement tourne autour de ce thème, dans les versions biomédicales comme dans les versions les plus sociales.

Concernant les personnes, les usagers ont-ils une place suffisante dans les décisions les concernant que ce soit au niveau de la politique nationale, régionale et locale, dans l’organisation et le fonctionnement des services, dans leur évaluation ainsi que dans les soins et accompagnements dont ils ont besoin ? De nombreux travaux montrent que la prise en compte de la parole des usagers constitue un levier de changement considérable des pratiques*.* Elle permet d’augmenter les compétences des professionnels, mais aussi de réduire l’usage des services de psychiatrie et de santé mentale, donc la charge de travail des soignants. Le centre de preuves souligne que « la place des pairs aidants s’inscrit dans le mouvement porté par le rétablissement. Incarnation vivante de la possibilité de se rétablir et de jouer un rôle dans la société malgré son trouble mental, il soutient le processus de reprise de contrôle de sa vie, réduit la stigmatisation, soutient l’accès aux soins et aux services. » L’intégration d’usagers dans la formation des professionnels, dans les équipes de soins et d’accompagnement, dans la recherche sur les services de santé mentale est encore embryonnaire en France et pourrait être développée. Elle contribuerait à la destigmatisation.

Cette orientation individualiste capacitaire suppose également de pouvoir assurer une continuité du parcours : la question de la coordination des professionnels devient essentielle — multiples rapports en France depuis le début du siècle. Le caractère particulièrementmultidimensionnel des handicaps associés aux troubles mentaux, qui affectent sous des formes diverses et à des degrés variables la vie sociale et personnelle des personnes, exige une telle articulation, notamment pour les personnes en situation de précarité qui cumulent des problèmes traversant l’ensemble de ces domaines.

X

Sur les quinze dernières années, en santé mentale, nous avons assisté dans la société française à une multitude d’initiatives prises pour agir par les professionnels de santé, du social et de l’éducation (le Rapport relatif à la santé mentale de Michel Laforcade en liste un certain nombre). Mais le système français n’a pas totalement rompu avec l’hospitalocentrisme et la coordination entre sanitaire et médicosocial-social reste insuffisante. En même temps, les métiers et les pratiques ont connu des recompositions parfois dramatiques et suscité toutes sortes de tensions et de frustrations qui appellent une clarification. Et une clarification d’autant plus nécessaire que ces tensions et frustrations ne sont pas spécifiques aux sujets qui nous réunissent aujourd’hui. Elles sont générales dans la société française. Qu’il s’agisse du patient psychiatrique en particulier ou de l’actif en général (je pense aux réformes françaises du travail et de la protection sociale du nouveau président), le grand enjeu est la façon dont on protège les gens l’âge de la mobilité généralisée et de la mondialisation parce que nos sociétés sont passées, plus ou confusément et avec pas mal de tensions et de douleurs, d’un système d’actions où l’on protège, soigne, prend en charge ou accompagne selon des critères de statuts (par exemple, sanitaire, médicosocial, social), par *la forme sociale du statut*, à un système d’actions qui se centre sur la sécurisation des trajectoires individuelles de vie par *la forme sociale de l’accompagnement*, ce qui implique d’être particulièrement soucieux des transitions. Autrement dit, nous sommes totalement entrés dans une société où il s’agit de développer des formes d’organisation sociale qui rendent l’individu capable de se protéger par lui-même dans la plus large mesure possible.

1. B. Pillet, « Thérapie de remédiation cognitive et psychothérapie : passer de handicapé à “handicapable” », *La Lettre de Réh@b’*, mars 2010, p. 3. [↑](#footnote-ref-1)
2. M.-C. Hardy-Bailé et coll., *Données de preuves en vue d’améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique,* Centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale, septembre 2015, p. 59. [↑](#footnote-ref-2)