

Pour une politique nationale de santé psychique responsable!

Remarques et réflexions de la commission permanente de planifications et stratégies en psychiatrie et psychothérapie (CPSPP) de la Fédération des Médecins Psychiatres et Psychothérapeutes (FMPP)¹ à la mise en consultation du projet Santé Psychique de la Politique Nationale de Santé²

R. Raggenbass^a

L'actuel projet de politique nationale en matière de santé psychique mérite un regard critique et un certain nombre de déterminants peu, voire pas, apparents dans les réflexions habituelles autour des questions de la santé mentale doivent être pointés. Il faut rendre attentif aux risques d'une politique de plus en plus orientée par une certaine perception de l'économie et aux soins de plus en plus formatés par l'idéal scientifique au détriment de la clinique. Notre réflexion soutient une pluralité des approches dans la promotion de la santé psychique et des soins, une meilleure articulation des structures existantes; elle propose la création d'un organe multidisciplinaire de coordination permanent en matière de santé psychique sur le plan national. Une politique orientée par la responsabilité doit permettre à chacun de pouvoir y mettre du sien afin qu'il y ait une réelle adéquation entre les réalités de l'individu et les besoins de la collectivité.

Die deutsche Version folgt

Préliminaires

Depuis 2000, au regard des données épidémiologiques, les pouvoirs publics voudraient accorder une place grandissante aux besoins psychiatriques et à la santé mentale de la population.⁶ Ils ne font pas seulement le constat de ces besoins mais, comme le démontre le travail que nous avons examiné, ils encouragent la recherche de nouvelles dispositions législatives, économiques et structurelles. Ce document est le résultat d'un travail multidisciplinaire, mené à une large échelle, extrêmement dense, sur ce qui existe mais aussi sur les manques identifiables dans le domaine de la santé publique psychique en Suisse. Ce document est à ce point condensé dans ses analyses et ambitieux dans ses propositions qu'il devient problématique d'y apporter un regard critique et d'en dégager des priorités. Cette densité est à la fois la qualité et le principal défaut du rapport; il est idéal, or tout acteur des soins psychiques sait que l'idéal est justement le signifiant de l'impossible. Il s'agira – en concertation avec les acteurs du terrain – de se donner les moyens et les conditions réalistes de changement dans cet ensemble idéal.

L'homo faber porteur et créateur d'une Economie

Il faut garder à l'esprit que l'économie va conditionner le destin de cet ensemble de propositions. C'est pour nous, psychiatres et psychothérapeutes, strictement légitime voire inévitable.⁷ Cependant, le risque d'une lecture trop politique et trop économique de ce rapport est de penser que, si le sujet reste capable de travailler, il pourrait être étiqueté comme sain de corps et d'esprit. Cette vision ne correspond certainement pas à la réalité et, comme le mentionne le rapport, «la protection, la promotion, le maintien et le rétablissement de la santé psychique de la population suisse devrait être compris comme allant bien au-delà de la réduction de l'incidence et de la prévalence des maladies psychiques» (p. 64).

Si l'économique – dans son sens le plus large et non dans son sens univoque d'espèces sonnantes et trébuchantes – est un déterminant majeur et irréductible du fonctionnement de toute société, son sens pécuniaire ne saurait en être le principe directeur. Dans cette perspective, l'économie n'est peut-être pas tant la création, la gestion des biens et de la plus value qu'une succession de stratégies plus ou moins élaborées pour tenter de gérer les formes du manque.

Il nous apparaît ainsi qu'une orientation par trop monétaire de la politique de la santé et des soins psychiques poussera le politique et les assureurs à ne retenir que les signifiants de déficits et de rentabilité. Or, une des spécificités du fonctionnement (de l'économie) psychique et de la maladie mentale est précisément de ne pas se laisser réduire à, ni s'expliquer par, une épidémiologie qui ne se fonde que sur une logique du déficit. L'enjeu de notre politique nationale de santé et de soins psychiques est par conséquent de conjuguer la spécificité du singulier de la souffrance (du cas par cas) avec le pluriel des intérêts de la vie en communauté (le lien social).

a Président de la CPSPP³,
Membre du comité de la FMPP⁴,
Membre du comité de la SSPP⁵

Correspondance:
Dr René Raggenbass
Rue du Nord 2
CH-1920 Martigny

La demande que le politique adresse à la psychiatrie-psychothérapie, mais aussi aux autres acteurs des soins psychiques, reste malheureusement trop souvent celle d'identifier, de classer, de calculer puis, tant bien que mal, de soigner les déficits ou manques (manque à être, manque à travailler, manque à consommer). A ce jeu d'économies, auquel les acteurs des soins psychiques jouent parfois à l'insu de leur plein grés, la psychiatrie-psychothérapie risque d'oublier qu'elle a aussi pour tâche d'examiner l'économie générale de cette souffrance pour le sujet. Cet examen permet de restituer au sujet que le manque/déficit apparent est, dans bien des cas, un moyen positif de créer ou de rester dans l'actif du lien social.

La logique du «déficit» n'est pas une notion de la psychiatrie-psychothérapie mais un concept de l'économie; comment l'articuler avec le soin et la santé publique?

Le concept de déficit est l'interprétation d'un manque à... Ce concept a le double statut d'un état observé (réel) et celui d'une interprétation (imaginaire ou symbolique). S'il fait autant agir, c'est parce qu'il renvoie à un idéal; celui d'une unité, d'un état de gain permanent, d'un état de perfection, d'un état de non-souffrance, d'un état de non-division, etc. Explicitement – mais le plus souvent implicitement – l'idée de déficit est aussi présente dans ce rapport d'experts, notamment lorsque que sont évoqués le manque d'infrastructures et de moyens, les soucis de la réhabilitation ou encore les préoccupations autour de l'assurance-invalidité.

Face au manque apparent, la réponse économique et la réponse du soignant divergent sensiblement. La réaction économique est immédiatement, et logiquement, orientée par la nécessité de trouver une réponse rapide à ce qui est interprété comme une perte, un manque, une hémorragie à la fois réelle mais aussi apparente.

Le psychiatre-psychothérapeute actif sur le terrain des soins répond cliniquement à cette observation. Son action clinique consiste d'abord à examiner et à identifier, au cas par cas, l'économie propre du symptôme chez le patient, puis à soutenir le sujet souffrant à comprendre comment son symptôme/«déficit» peut également être «plus value» pour lui. Un certain nombre de personnes, une minorité, n'y parviendront peut-être pas et, pour celles-ci, la collectivité aura à intervenir sur un mode ou un autre.

Pour la psychiatrie-psychothérapie, il y a un risque à trop se laisser orienter par la lutte éco-

nomique contre le déficit/manque apparent. Les problèmes se posent sur le plan épistémologique, éthique et politique. Sur le plan épistémologique d'abord, le danger est de ne plus se donner les moyens cliniques de prendre en considération le rôle économique du symptôme pour le sujet et par conséquent aussi pour la population. Une conséquence de cette orientation est de pousser le sujet à changer, à se réinventer un autre symptôme (ici, le sujet aura toujours une longueur d'avance) pour pouvoir rester dans la même dynamique économique. A cet égard, les syndromes somatoformes douloureux nous interrogent directement. En fonction de la réponse donnée, le risque est paradoxalement d'entretenir cette logique du déficit en mettant en place des systèmes diagnostics, des soins, des structures de soutien et/ou de réhabilitation qui maintiendront le sujet dans cette plus value qui peut être, par exemple, sa dépendance au système. Sur le plan éthique, la logique du déficit a également pour effet de pousser à la création de groupes de patients qui risquent d'être à la fois «ghettoisés» (cf. les rentiers AI, les handicapés, les TOC, les anxieux, les borderlines, etc.) et stigmatisés. Ce mouvement conduit des personnes, légitimées par leur nouvelle identité médicalement certifiée, non pas à exprimer ni à formuler des demandes de soins individuelles pour guérir ou faire avec le symptôme mais à formuler des demandes de réparation ou de compensation pour ce que nous aurons peut-être à tort défini médicalement comme des déficits. Finalement sur le plan politique, cette logique risque d'être considérée comme une solution pour ne plus penser la difficile complexité de l'économie psychique de chaque situation (déresponsabilisation collective).

Agir dans le sens de l'articulation d'un sujet responsable (l'individuel) avec le collectif (le lien social)

Si l'action de la psychiatrie-psychothérapie vise aussi à ne pas dé-responsabiliser le sujet,⁸ elle consiste également à soutenir les conditions qui le maintiennent dans le lien social. Pour faire ce travail, les soignants, les politiques et les assureurs doivent absolument défendre l'existence, l'accès et surtout la diversité des structures et des modalités de soins. Le maintien et le soutien de cette pluralité sont le prix du lien social. C'est aussi à ce niveau que se manifestent le plus de zones de tensions entre la logique symbolique et imaginaire de la globalité (épidémiologie, macro-économie etc.) ... et celle, réelle, du cas par cas.

Si pour pouvoir se faire une idée des demandes de santé qui orientent la société, il est nécessaire de rechercher et d'avoir des données statistiques et épidémiologiques sur les maladies psychiques, par contre il est plus délicat d'appliquer la logique de ce raisonnement aux soins psychiques. Dans les soins psychiques, pour comprendre de quoi il en ressort, ce n'est pas la demande qu'il s'agit de prendre à la lettre mais le désir qui le fonde. Le soin psychique ne peut pas se construire ni se conduire sans prendre en compte les spécificités du rapport de désir à l'Autre, rapport propre à chaque sujet. Dans les soins, nous sommes dans le domaine du cas par cas. S'il est important que les prestataires de soins aient une culture de l'épidémiologie et de la statistique de la maladie mentale, il est tout aussi important que les politiques et les assureurs aient conscience que le soin s'applique ensuite au cas par cas (c'est très facile à concevoir, il suffit pour cela que chacun d'entre nous se souvienne de son statut premier de patient. Souhaitez-vous que le soignant vous traite ou qu'il traite une statistique?). C'est là probablement la plus grande difficulté d'un tel projet de soutien et d'amélioration des soins psychiques, puisqu'il doit articuler les limites de deux logiques plutôt que de les opposer. Il est important que le politique, les assureurs et les prestataires de soins puissent en tenir compte.

Comme le propose ce rapport d'expert, il s'agit de penser, de mettre sur pied et de soutenir un système qui articule la différence et le particulier sans s'essouffler en raison de critères trop idéaux. Le système doit également rester en mesure de se projeter dans le futur en tenant compte du renouvellement permanent des générations qui le confrontera toujours aux mêmes déterminants de la stabilité/instabilité psychique. La variété des structures d'accueil, la pluralité des modes de soutien, la diversité des soins, etc., doit donc pouvoir être soutenue par une politique de la santé et des soins psychiques parce que c'est elle qui permettra ensuite de répondre à la singularité du cas par cas et à la gestion globale du système. Le cas par cas n'exclut pourtant pas un regard plus large qui porte sur l'ensemble de la situation notamment dans les processus d'information, de financement et d'articulation des structures.

Le rapport relève à juste titre qu'il existe dans le système actuel des structures et des offres de soins de haut niveau, mais il en souligne également les lacunes – notamment dans le domaine essentiel de la détection et de la prise en charge précoce de troubles graves du développement et de la relation dans tous les groupes de popula-

tion. Il pointe aussi l'absence de coordinations et de liens entre ces structures et l'offre de soins. Il relève que l'une des conséquences visibles en est un retard dans la détection des troubles et dans l'accès aux soins. Ce retard trouve aussi ses racines dans l'idéal de la performance et de l'efficacité que véhicule constamment notre société. Dans bien des cas, il peut alors devenir psychologiquement plus honorable de sortir de la pression de l'idéal du système par la mise en symptôme, par la mise en forme d'un déficit qui peut ou non conduire à une rente, à une compensation ou à d'autres valeurs ajoutées mais qui permet surtout au sujet de maintenir un peu de son identité et de ses identifications aliénantes. Ces paramètres, qui concernent nos orientations de société, devront également être pris en compte dans le choix des actions issues de la lecture de ce rapport, sans quoi le risque sera d'entretenir la précarité de l'état des lieux actuel et futur en toute bonne conscience.

Politique de la santé: développement de la qualité des offres en soins en médecine générale, en psychiatrie et psychothérapie*

Les différentes propositions relatives aux soins et contenues dans ce rapport sont basées sur une tentative de définition de la santé psychique et sur une description de ses déterminants: «*Le modèle explicatif bio-psycho-social et l'approche salutogénique servent de base à la présente stratégie.*» (p. 26).

L'article de Engel, à la base du concept d'approche bio-psycho-sociale est certainement intéressant. Il faut cependant souligner que ce concept nous fait courir le risque de penser que nous disposons par là d'une théorie globale du fait mental pathologique, en d'autres termes d'un cadre scientifique qui permette de penser et de légitimer une logique du déficit de manière scientifique, sous l'égide d'une méthode adéquate et rigoureuse. Or nous sommes encore loin de pouvoir articuler et intégrer les différents déterminants biologiques, psychologiques et sociaux de la maladie mentale. L'approche génétique à elle-seule fait apparaître l'importance du singulier et du cas par cas et l'impossibilité matérielle de passer de la théorie générale au patient comme personne. Le fait même que la nomenclature diagnostique actuelle, DSM-IVR ou CIM-10 se veulent essentiellement athéorique montre bien l'impossibilité de se référer à une définition unitaire et non contradictoire du trouble psychique.

* Ce paragraphe a été écrit par le Prof. Jean-Nicolas Despland, DUPA, Lausanne.

Le modèle bio-psycho-social correspond plus fondamentalement à l'approche qui a prévalu dans la première partie du XX^e siècle à la suite des travaux d'Adolphe Meyer, psychiatre suisse émigré aux USA. Le modèle actuel ne peut être qu'un modèle complexe, au sein duquel la place de l'individu et du trouble psychique dont il souffre nécessite d'être constamment rappelée afin de se prémunir du risque de disparaître, écrasée entre le déterminisme génétique et le contexte social et économique.

Ce risque de voir l'individu et sa souffrance psychique évacués apparaît clairement dans ce rapport qui survole les aspects proprement médicaux du déterminisme psychique pour insister sur les facteurs socio-économiques, socioculturels et institutionnels. C'est certainement légitime dans la tentative de fonder une politique nationale de santé; c'est discutabile lorsqu'il s'agit de penser la place du patient dans sa singularité et dans l'idée d'interroger le sens même du symptôme pour lui. Selon nous, une perspective proprement salutogénique doit prendre en compte le rapport du sujet à sa souffrance et à son trouble psychiatrique dans leur dimension la plus singulière.

Une argumentation plus scientifique consiste à rappeler l'importance cruciale de la psychopathologie dans la recherche en psychiatrie et en psychothérapie. La manière dont les symptômes se manifestent chez le patient, chez chaque patient sont le passage obligé de toute réflexion qui vise à articuler le biologique, le psychique et le social. Trop mettre l'accent sur les dimensions génétique, épidémiologique, culturelle, sociale ou communautaire risque de faire oublier la place due chaque personne, de chaque malade comme lieu de rencontre de l'ensemble de ces déterminants du trouble psychique. Manière de rappeler peut-être qu'il n'y a pas de trouble psychique sans malade et sans soignants.

La stratégie développée par le rapport sur ce plan débouche notamment sur les recommandations contenues au point 6.8. Les risques associés à une trop grande coordination, qui pourrait déboucher sur une planification rigide et fermée sont clairement pondérés par l'accent mis sur la flexibilité et la pluralité des soins. Il ne faut cependant pas perdre de vue que ces dimensions sont a priori contradictoires. La logique du trouble psychique comme déficit, de même que l'illusion scientiste associée au modèle bio-psycho-social doivent être pondérés par la prise en compte de la psychopathologie, sur le

plan clinique, comme sur celui de la recherche. Prendre en compte la psychopathologie, c'est aussi laisser la plus grande place possible à l'originalité et à la créativité des patients et des soignants dans la manière d'approcher les problèmes posés par les troubles psychiques.

La politique de santé c'est aussi questionner les choix de société, mieux piloter ce qui existe, optimiser l'accès et l'offre de soins et ne pas alourdir les soins par l'intervention intempestive du politique et des assurances

Le rapport mentionne des «lacunes dans le pilotage de l'ensemble» (p. 67). Il pointe ici très justement la nécessité d'un collègue, d'une structure plurielle qui définirait, à partir du terrain, les besoins, les moyens et les priorités en matière de soins et de proportion de la santé psychique.

La partie B du rapport concernant le plan d'action propose de mettre en place une multitude de structure, chaque fois renouvelée, pour penser une même problématique; ce faisant, elle réduit la souplesse nécessaire au système. Les recommandations présentées dans cette partie sont toutes pertinentes dans leur but mais trop complexes dans leur application. Sous cette forme, elles multiplient les interlocuteurs et alourdissent le travail des acteurs du terrain. Le risque est de mettre en place une machine administrative trop lourde qui prêterait et renchérirait inutilement l'action concrète sur le terrain.

Par conséquent, l'idée de mettre en place un organisme de pilotage sur le plan suisse nous semble être la piste la plus urgente à soutenir. Pour bien fonctionner, cet organe de pilotage doit avoir un caractère permanent, pluriel, légitime et crédible. Sa tâche est d'orienter les usagers, les politiques, les prestataires et les assureurs sur les synergies, les développements spécifiques et les priorités à mettre en œuvre dans le domaine de la santé et des soins psychiques.

Quant à sa légitimité, elle ne devrait pas uniquement se fonder sur la présence d'organes politiques, comme c'est peut-être un peu trop le cas dans la partie B, mais sur la présence d'un ensemble représentatif des acteurs du champ en question.⁹ L'orientation du groupe de pilotage devrait être la responsabilité individuelle et collective, la compétence, la qualité, la transparence et la diversité (pluralité).

Conclusion: travailler avec et pas contre notre irréductible ambivalence face aux phénomènes psychiques

S'il y a bien une prise de conscience au niveau de la Confédération et des cantons quant à l'importance de la dimension psychique dans la qualité de vie de la population suisse, on ne saurait se réjouir trop vite de ses effets. En effet, différents indicateurs actuels nous permettent de nuancer l'importance de cette prise de conscience concernant la volonté d'améliorer la santé psychique de notre population. L'ambivalence face au psychique se manifeste avec une tendance à l'évasion, à l'hostilité et des actes destructeurs dans plusieurs lieux: La nouvelle loi sur l'interne à vie des délinquants dits dangereux, la discrimination par les assurances des personnes ayant consulté pour des raisons psychiques, la remise en question de la psychothérapie par certains partis politiques, la fermeture de structures de soins psychiques dont on n'a pas démontré la non-économité et la non-efficacité, le non-encouragement à la formation dans les soins psychiques infirmiers, etc.

Mais l'origine de ce double langage réside probablement aussi dans le fait que la tension entre l'impératif et la logique comptable des assurances-maladies conduit actuellement le monde politique à chercher et à sélectionner dans les méthodes et les outils de la psychiatrie-psychothérapie contemporaine les instruments de son projet d'économie. Dans le domaine du psychique, tout cela se produit au nom d'une fausse universalité scientifique et surtout dans une illusion de toute-puissance. La psychiatrie-psychothérapie se doit d'y être attentive au risque de contribuer à un appauvrissement du lien social.

Pour conclure, nous ne pouvons donc qu'appuyer les développements spécifiques proposés par le rapport dans les domaines de la psychiatrie-psychothérapie (détection et soins précoces) et de la promotion de la santé psychique. Notre analyse soutient tout particulièrement la mise en place d'une structure multidisciplinaire de coordination permanente garante du maintien d'une promotion, d'une offre et de méthodes de soins plurielles. C'est, selon notre appréciation, le moyen le plus économique de garantir une promotion de la santé ainsi qu'une adéquation du soin à la réalité de l'individu et de la collectivité.

Explications

- 1 La FMPP est la société faitière des psychiatres-psychothérapeutes. Elle regroupe les psychiatres-psychothérapeutes d'enfants et d'adolescents de la SSPPEA et les psychiatres-psychothérapeutes d'adultes de la SSPP. Le Président actuel est le Dr H. Kurt.
- 2 Il s'agit d'un projet de stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse. Il a été élaboré par différents groupes de travail entre 2000 et 2004 sous la responsabilité de Philippe Lehmann et de Regula Ricka. Le texte du projet peut être consulté sur le site www.nationalegesundheit.ch. Des renseignements peuvent aussi être obtenus auprès de Mme R. Ricka tél. 031 322 63 79, e-mail: regula.ricka@bag.admin.ch.
- 3 Commission permanente de planifications et stratégies en psychiatrie et psychothérapie. Cette commission est mixte (pédopsychiatrie et psychiatrie adulte) et représente le milieu universitaire, la pratique privée et les institutions. Elle est composée des personnes suivantes: Dr D. Knauer, Prof. J.-N. Despland, Dr Thomas von Salis, Dr HP. Flury, Dr J. Pueschel et Dr R. Raggenbass.
- 4 Fédération des médecins psychiatres et psychothérapeutes.
- 5 Société Suisse de Psychiatrie et de Psychothérapie.
- 6 Le conditionnel se justifie ici par l'ambivalence de cet intérêt pour la cause psychique. Voir la conclusion.
- 7 Dans le fonctionnement de l'appareil psychique, le vocabulaire de la psychanalyse comporte également le concept d'économie.
- 8 Responsabiliser le sujet ne signifie pas le culpabiliser parce qu'il n'est pas ou plus actif économiquement. La responsabilisation vise à soutenir le sujet, dans la mesure de ses moyens réels, à ce qu'il porte les implications de ce qu'il désire, soit: vouloir ce qu'il désire et désirer ce qu'il veut.
- 9 A titre d'exemple, cet organe de pilotage pourrait se composer des prestataires de soins psychiques (FMH, FMPP, Psychologie clinique), des structures de soutien (services sociaux etc.), du politique (la Confédération: DFI, OFSP, OFAS, Obsan, OFS, OPAS, AI et les cantons: CDAS), de l'économie (santésuisse) et la société civile.