

Synthèse publiable du rapport final

Titre du projet	LES INTERVENTIONS PSYCHIQUES DANS LES SERVICES DE SOINS EN SANTE MENTALE <i>PERMANENCES, HYBRIDATIONS ET INNOVATIONS</i> [LIP3SM]
Coordonnateur scientifique du projet	Nadia Garnoussi, Université de Lille, CeRIES
Référence de l'appel à projets (année)	Appel à projets Général 2017 – Volet « Services de Santé »

Contexte et objectifs de la recherche

Enquêter le passage du régime de la psychothérapie à celui des interventions psychosociales

Les mutations de la psychiatrie française qui sont à l'œuvre depuis les années 1990 sont plurielles et ne limitent pas à une simple réforme de l'institution. A cet égard, plusieurs travaux ont insisté sur le fait que le passage de la psychiatrie telle qu'elle s'était construite dans la seconde partie du 20^e siècle à la « santé mentale » constituait un nouvel esprit, une nouvelle lecture de la nature des troubles mentaux et de celle des réponses qu'il conviendrait de leur apporter. Dans cette nouvelle configuration, « la » psychothérapie, au singulier, avec le type de travail sur l'individu qu'elle suppose, tend à s'effacer derrière une nouvelle diversité d'interventions qui indiquent le renouveau de la partition classique entre traitement médicamenteux et thérapie psychologique, ainsi que des critères de distinction de leur efficacité respective. Dans un rapport de l'OMS-Europe de 2008 (*Policies and practices for mental health in Europe. Meeting the challenges*), ces interventions sont définies comme mobilisant « des méthodes psychologiques ou sociales afin de traiter et/ou de réhabiliter les personnes atteintes de troubles mentaux ou d'une « détresse psychosociale » : sont cités avec elle le *counselling*, les actions auprès des familles, les traitements psychoéducatifs, le soutien social et les pratiques de réinsertion et de réadaptation sociale. Les objectifs liés au « rétablissement » et au renforcement des « capacités psychosociales » sont donc aujourd'hui au cœur de l'action publique, justifiant les incitations à réorganiser l'offre des services de soins autour d'une plus large palette d'interventions dont l'efficacité serait « fondée sur les preuves ». Comme cela est réaffirmé par le Plan d'action pour la santé mentale, 2013-2020 (OMS), ces interventions seules permettraient de résoudre une diversité de troubles « légers » ou « modérés », comprenant les états anxieux et dépressifs ; en association avec les médicaments, elles amélioreraient l'adhésion des patients au traitement et limiteraient les rechutes. A la suite de différents travaux sur les transformations du champ de la psychothérapie, qui ont interrogé notamment le processus de régulation étatique de cette dernière, ainsi que sur les nouvelles logiques de l'action publique en faveur de la santé mentale, cette recherche cherche à rendre compte de certaines recompositions de l'offre et des pratiques de soin dans les services de psychiatrie. Elle prend pour hypothèse centrale la transformation du régime de la psychothérapie comme type particulier de travail sur l'individu[alité] au profit d'un panel d'interventions dont la finalité est d'abord de rendre l'individu socialement « capable ». Ses objectifs renvoient à plusieurs plans. Celui de l'offre de soin elle-même : quelles sont les logiques et les registres de justifications qui accompagnent ses transformations ? Au-delà des clivages bien connus entre les approches dites psychodynamiques, se réclamant de près ou de loin de la psychanalyse, et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), peut-on parler d'un pluralisme ou d'un éclectisme des thérapies non pharmacologiques ? Quelle place occupe le travail « avec la parole », au principe des psychothérapies classiques dans le spectre des interventions non pharmacologiques ? Un autre plan concerne la nature des problèmes auxquels ce nouveau panel d'interventions vise à répondre ; il suppose d'interroger la grammaire que les professionnels mobilisent, y compris pour distinguer les problèmes qui relèveraient du mandat « naturel » de la psychiatrie et ceux qui le déborderaient. Comment sont considérés en particulier les problèmes, tels que la dépression, dont les causes sont en grande partie imputés aux changements s

ociaux ? Et comment se rejoue aujourd'hui le traçage de la frontière entre malaises ordinaires et maladies mentales ? Un dernier plan correspond aux redéfinitions des juridictions et des compétences professionnelles que ces évolutions entraînent. Durant la seconde moitié du 20^e siècle, l'exercice de la psychothérapie, dite au singulier, a permis aux psychologues ainsi qu'aux infirmiers – dans une moindre mesure –, de gagner en autonomie face aux médecins ainsi qu'en prestige social. Cette période a aussi été celle de modalités particulières de coopération entre ces groupes professionnels servant leurs intérêts respectifs. Quelles redéfinitions connaissent ces territoires professionnels et quels en sont les effets sur le vécu au travail des soignants ?

Terrains d'enquête et méthodologie

14 services de soin, majoritairement des CMP, ont été enquêtés. Ces dispositifs sont considérés comme devant jouer un rôle majeur dans les stratégies de réorganisations des soins en santé mentale, notamment parce qu'ils doivent permettre l'articulation des soins primaires, dits de « premier recours », et des soins spécialisés en psychiatrie, dans un contexte d'augmentation régulière de la demande de soin (Rapport IGAS, « Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient », Juillet 2020). Les services enquêtés ont été sélectionnés afin de constituer un échantillon suffisamment diversifié, dans une démarche qui reste néanmoins d'inspiration ethnographique, qui ne cherche pas la représentativité mais à rendre compte de pratiques et de récits professionnels *in situ*, qui montrent pourquoi et comment se transforment les réponses données aux problèmes adressés à la psychiatrie publique. La diversité de ces sites tient d'abord aux caractéristiques du territoire auquel ils se rattachent, mais aussi à leur histoire et à leur culture thérapeutique, qui déterminent l'orientation dominante de leur offre de soin. L'enquête montre toutefois la tendance à l'homogénéisation de cette dernière, via les thérapies dites fondées sur les preuves et les objectifs de réhabilitation psychosociale ; dans le même temps, cette dynamique conduit à justifier une pluralité d'interventions, qui confère à l'offre des services enquêtés l'apparence d'un certain éclectisme. Les orientations principales en matière de thérapie psychologique relèvent de trois familles principales, dont la légitimité et la place qu'elles ont prises dans la psychiatrie et dans la formation des groupes professionnels diffèrent, y compris dans le temps ; celle de la psychanalyse (considérée dans sa pluralité) ; celle de la psychologie dite humaniste-existentielle ; celle des thérapies cognitives-comportementales (TCC). Une centaine d'entretiens a été réalisée auprès des professionnels, différemment formés et impliqués dans le travail de prise en charge psychologique : infirmiers (41), psychologues (33), psychiatres (17), cadres de santé (4), travailleurs sociaux (3), ergothérapeute (1), médiateur de santé (1). Ces entretiens ont porté sur différents aspects de la socialisation, de la trajectoire et des pratiques des professionnels pratiquant la psychothérapie/des thérapies psychologiques. De façon complémentaire avec les entretiens, nous avons mené des observations d'une durée d'une à trois semaines dans chaque site.

Principaux résultats

Le nouveau spectre des interventions psychosociales entre éclectisme pratique et uniformisation théorique

Notre enquête montre comment l'offre et les pratiques de soin « non pharmacologique » se recomposent suivant deux logiques principales : celle d'une uniformisation de la lecture de ce que sont les troubles mentaux, centrée sur les « dysfonctionnements » observables ; celle d'un nouvel éclectisme « pratique », correspondant à l'essor d'une médecine comportementale appliquée à la santé mentale. Pour rendre compte de ces logiques, nous rappelons qu'un idéal-type de la psychothérapie s'était constitué dans le mouvement de la sectorisation et la diffusion de la psychothérapie institutionnelle, mobilisant l'appareil conceptuel de la psychanalyse. Cela avait permis la construction d'une philosophie commune du soin *a minima*, laquelle a accompagné la réorganisation de l'institution et de ses pratiques dans les murs de l'hôpital et dans les dispositifs extrahospitaliers, où l'offre de psychothérapie a justement pu se développer notablement à partir des années 1970. Cette philosophie s'est constituée autour d'un noyau dur de valeurs et de pratiques, qui ont une portée éthique, professionnelle mais aussi politique :

- la reconnaissance de la singularité du « sujet » et de la psychothérapie comme dispositif privilégié

d'accès à la vie psychique,
- l'irréductibilité du soin « psychique » à des moyens et des résultats qui s'objectivent à la manière d'un traitement médical,
- la volonté de résister à certaines formes de rationalisation et de contrôle du travail de soin, et la défense de la spécificité de la psychiatrie et de son objet, la maladie mentale.

Nous montrons que c'est aussi un modèle de division du travail de soin qui s'est imposé avec cette philosophie. En développant une offre de psychothérapie « démedicalisée », il a notamment favorisé l'autonomisation des psychologues cliniciens mais aussi des infirmiers, à qui les services extrahospitaliers ont offert la possibilité de travailler, via les suivis individuels, « à la façon » des psychothérapeutes. Nous replaçons également ces évolutions de l'autonomie des professionnels dans leur contexte, celui de l'essor de la demande sociale de « psychologie » et du recours du « tout venant » aux CMP, pour des problèmes et des malaises plus « ordinaires », considérés comme nécessitant un « travail sur soi ». Ce modèle du soin est aujourd'hui mis en crise, sans disparaître pour autant : en France, contrairement à d'autres pays européens où l'offre s'est entièrement recomposée autour du paradigme cognitivo-comportementaliste, la psychiatrie présente un caractère encore pluraliste, même si ce pluralisme n'est pas apaisé et renvoie aussi aux clivages, anciens et plus récents, qui fragmente l'institution. Ainsi, la persistance du modèle de soin fondé sur la singularité psychique doit beaucoup à la génération et la socialisation des professionnels, qui continuent à travailler avec leurs méthodes et leurs techniques psychothérapeutiques, assumant certaines formes de « bricolage ». Parmi ces bricolages, que les professionnels justifient par l'adaptation à la diversité des profils et des demandes propres à la psychiatrie publique, certains relèvent d'une « négociation » de la pratique analytique tandis que d'autres se rapprochent davantage de la psychologie humaniste, dont provient une grande diversité de thérapies. Ces thérapies s'étaient en particulier développées dans l'offre de formation adressées aux professions paramédicales, notamment parce qu'elles se veulent plus accessibles que la psychanalyse, qu'elles valorisent le travail sur/avec les « émotions » et le fait de se concentrer sur l'« ici et maintenant ».

Depuis les années 2000, d'autres notions s'imposent pour parler de la santé mentale, celles de « handicap », de « stigmatisation », d'« inclusion » dans la communauté et de « rétablissement », qui émanent de divers acteurs sociaux, professionnels, usagers et institutionnels. Alors qu'il s'agit de reconnaître aux malades un nouveau statut et davantage de droits, c'est aussi un mouvement de « rationalisation » des soins que les politiques publiques appellent à poursuivre, en recommandant la distribution de thérapies évaluées et répondant aux objectifs d'inclusion sociale et d'autonomisation des patients. Dans les services enquêtés, on retrouve ainsi dans le discours des professionnels les plus « réformistes » l'idée que toute prise en charge doit être organisée autour d'un projet plus défini et « réaliste », c'est-à-dire correspondant à la restauration ou à l'amélioration des « capacités » du patient à répondre aux attentes de la vie sociale ordinaire.

Cet « aggiornamento » des pratiques de soin autour du modèle capacitaire trouve dans l'objectif de réduction des coûts de la « chronicité » une justification majeure. Mais il repose également sur la volonté des nouveaux « réformistes » de transformer simultanément la prise en charge des troubles « ordinaires », en cause dans l'augmentation régulière de la file active des services de psychiatrie. Là aussi, le contrôle de la durée du suivi constitue un objectif central, grâce à des interventions visant à ce que les individus développent des stratégies positives, qu'il s'agisse de savoir gérer leurs propres « troubles », ou de faire face à des épreuves de la vie. A cette perspective répond la gamme des thérapies cognitives et comportementales (TCC) et la polyvalence de leurs « outils », aussi divers que la remédiation cognitive, la méditation de pleine conscience ou l'EMDR, pour répondre à un vaste ensemble de problèmes que les professionnels traduisent en utilisant les catégories du DSM, et que dominent les « troubles de l'humeur » et les « troubles du comportement ». Au-delà des logiques de conformation des services aux orientations impulsées par les politiques publiques, nous avons cherché à dégager ce qui, dans certaines évolutions des identités professionnelles et de la division du travail, facilite la mise en œuvre de cette nouvelle offre de soin. Voici certaines de ces évolutions les plus significatives :

- l'affirmation, plus nette parmi les jeunes générations de professionnels, d'une conception libérale et relativiste du soin qui valorise la diversité des outils et la mise à distance des controverses théoriques. Le registre privilégié de justification de cette conception est celui du « pragmatisme » et de la « proximité » avec les « vrais besoins » des patients.

- L'adoption, par ces mêmes professionnels, d'une posture de « modestie » sur le plan théorique mais la valorisation en même temps de la supériorité des approches dites « fondées sur les preuves ».
- Enfin, une partie des jeunes psychologues et des infirmiers voient dans le développement des programmes de « réhabilitation psychosociale » de nouvelles opportunités, qui résident dans des missions de coordination ou d'animation d'ateliers perçus comme « innovants ».

Conclusions

Nous mettons l'accent sur deux phénomènes principaux directement liés à la dissolution de la psychothérapie dans le champ très vaste et évolutif des interventions « psychosociales ». Le premier concerne le devenir de l'identité des groupes professionnels engagés dans le travail de soin non pharmacologique, en particulier donc les psychologues et les infirmiers. Pour chacun de ces deux groupes, la remédicalisation des thérapies psychologiques, lesquelles constituent, en intégrant toujours plus d'« outils » une nouvelle médecine mentale et comportementale, remet en jeu la spécificité et la valeur de leurs savoir-faire ainsi que l'autonomie conquise pendant la période du développement de la psychothérapie dans la psychiatrie publique. Le second dépasse les frontières des groupes professionnels en renvoyant de façon plus large au statut de la maladie mentale et des personnes qui en sont atteintes. Si le passage voulu par les politiques publiques de la psychiatrie à la « santé mentale » est fortement marqué par le motif de la déstigmatisation et de l'inclusion sociale des malades, le modèle capacitaire, qui valorise le « vivre avec » la maladie, la « résilience » et la recherche de toutes les stratégies de « gestion » des effets indésirables des troubles, redessine plus qu'il ne résorbe les inégalités. Ces deux constats conduisent à interroger la nature du mandat confié à la psychiatrie publique, et plus précisément la place et les formes que prennent les apprentissages « sociaux » dans le travail de soin des troubles mentaux.