

**pro mente sana**  
association romande

## LES TROUBLES PSYCHIQUES : UNE QUESTION SOCIÉTALE

PAR  
JULIEN DUBOUCHET CORTHAY,  
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL  
DE PRO MENTE SANA  
SUISSE ROMANDE

AVEC UNE CONTRIBUTION DE  
DR BASILE VARELTZIS  
MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE  
ET ADDICTOLOGIE  
MEMBRE DU COMITÉ  
DE PRO MENTE SANA  
SUISSE ROMANDE

Alors qu'elle est encore loin de toucher à sa fin, l'année 2013 peut déjà être qualifiée de riche au plan des troubles psychiques et de leur prise en charge. Que ce soit au niveau international ou local, que ce soit au niveau législatif ou des représentations sociales, ils ont fait à plus d'une reprise l'actualité. Au travers de la chronique, nécessairement sélective, que nous nous proposons de faire ici, nous chercherons à rendre compte de la signification de ces émergences du trouble psychique dans la sphère publique. Puis, à la manière d'une synthèse, nous conclurons en essayant d'identifier parmi la diversité de ces manifestations les tendances et les enjeux qui se dessinent à travers elles.

### NPAAE : UN DROIT DE L'HÉTÉRODÉTERMINATION ?

Vaste entreprise, commencée il y a plus de vingt ans, la révision du Code civil suisse en relation avec la protection de l'adulte et de l'enfant, adoptée en 2008, est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de cette année, et avec elle foultitude de lois cantonales nouvelles ou révisées<sup>I</sup>.

PMS a déjà eu l'occasion de s'exprimer à de nombreuses occasions<sup>II</sup> sur les principes qui sous-tendent cette réforme et sur son maître mot, l'«autonomie» des personnes, relevant notamment que les potentialités contenues dans le nouveau droit pouvaient se réaliser, ou non, mais que cela serait fortement fonction de leur mise en œuvre concrète.

Pour ne prendre qu'un exemple, les directives anticipées<sup>III</sup> – dont la portée en matière de troubles psychiques a été amoindrie par rapport aux directives relatives aux affections somatiques par l'obligation de seulement les «prendre en compte» – pourraient retrouver une certaine efficacité à la faveur d'une interprétation conforme au droit supérieur<sup>IV</sup>. Mais si les institutions et les praticiens devaient s'en tenir à la lettre du texte, il faudrait alors s'en remettre à un éventuel recours judiciaire pour les voir, peut-être, s'imposer dans leur plénitude.

C'est d'ailleurs pour permettre une meilleure prise en compte des intérêts du patient que PMS conduit actuellement, à la demande et avec le soutien de l'Hôpital du Valais, une étude préliminaire à la mise en place d'un dispositif que l'on pourrait qualifier d'«empowerment» des patients. En favorisant l'accès à leurs droits, ce dispositif a également une dimension thérapeutique, puisqu'il permet aux personnes de se réapproprier une situation souvent vécue en termes de dépossession. Menée dans le cadre institutionnel et législatif valaisan jusqu'à la fin de cette année, une telle étude pilote mériterait d'être répliquée dans chaque canton romand.

Si donc beaucoup est affaire de mise en œuvre, que peut-on en dire aujourd'hui? Période de «rodage» oblige, il est évidemment trop tôt pour en tirer des conclusions définitives, et même pour en constater véritablement les effets à ce jour, étant donné l'absence pour l'instant de données statistiques significatives. Il est cependant d'ores et déjà possible de formuler quelques interrogations. Ces dernières nous sont apparues à la lumière de situations concrètes, notamment une procédure de mise sous curatelle qui nous semble soulever des questions fondamentales, à commencer par celle du sens de l'autonomie telle qu'elle est promue par le nouveau droit. Préalablement, il sied de rappeler qu'en matière de «santé mentale», la seule existence de procédures auxquelles est amenée à participer la personne peut se révéler néfaste au plan de sa santé psychique. En conséquence, le respect d'une forme de «principe de précaution» apparaît ici indispensable, et pourrait se traduire par l'application particulièrement rigoureuse du principe de proportionnalité dans l'optique d'éviter au maximum toute intrusion dans la sphère privée de la personne.

Pour en revenir aux questions que nous inspire le nouveau droit, mentionnons déjà celles-ci :

- Pour toute mesure d'instruction, qu'il s'agisse de la décision d'ouvrir une procédure ou de nommer un curateur pour la défense des intérêts de la personne au cours de ladite procédure, l'avis de la personne concernée ne devrait-il pas être systématiquement et préalablement recueilli?
- S'agissant de l'ouverture d'une procédure sur la base d'un signalement, le caractère potentiellement abusif de celui-là ou la prise en compte abusive d'un tel signalement ne devrait-elle pas pouvoir faire l'objet d'un examen judiciaire préalable?

D'une manière plus générale et qui renvoie à l'une des préoccupations principales des défenseurs des personnes concernées par les troubles psychiques, à savoir la stigmatisation, on s'étonnera qu'un diagnostic, contestable - au sens de questionnable, au même titre que tout diagnostic psychiatrique - et de surcroît vieux de plus de dix ans, puisse valoir encore blanc-seing pour la mise en route de mesures préjudiciables à l'intéressé dont on prétend protéger la personnalité, ne serait-ce qu'au titre de la protection des données médicales qui vont de ce seul fait se remettre à circuler.

Une protection potentiellement nuisible: ce paradoxe mériterait un sérieux débat philosophique et nous semble être symptomatique de ce que nous avons pu observer, avec d'autres, ces dernières années. Sur fond de tendance historique, dès la fin de la Seconde Guerre mondiale, à la complétion des droits fondamentaux est apparu un courant inverse de renforcement et de multiplication des «régimes juridiques d'exception». Dans le sillage de la lutte antiterroriste, qui en a été le véritable cheval de Troie depuis une dizaine d'années, nombre de domaines du droit ont été infléchis dans le sens d'une précarisation des droits fondamentaux, au profit de tiers putatifs (société, proches). Dans le domaine des assurances sociales, par exemple, l'instrument principal de cette régression s'appelle l'«obligation de collaborer»<sup>v</sup> et vise à protéger l'intérêt économique de l'Etat.

Pour tenter de sortir par le haut de ces contradictions, pour que l'autodétermination ne devienne pas hétérodétermination des personnes atteintes de troubles psychiques, et sans attendre de très hypothétiques réformes législatives, il s'agit d'«armer» conceptuellement les individus et de les amener à utiliser au maximum leur marge de manœuvre. C'est en ce sens que PMS, par exemple, invitera cet automne les thérapeutes de tous horizons à connaître, faire connaître et faire remplir des directives anticipées à leurs patients.

## AI : LA FIN D'UN CYCLE INFERNAL ?

Ce premier semestre de 2013 a également connu l'échec définitif de la deuxième partie de la 6<sup>ème</sup> révision de l'assurance-invalidité (AI). Après plus d'une année de débats et de rebondissements, cette réforme, pourtant réduite à plus grand-chose à l'issue de son traitement par les Chambres, s'est finalement fracassée sur l'alliance de deux antagonistes en ces matières, l'UDC et le Parti socialiste.

Due aux révisions précédentes (qui ont d'ailleurs entamé les prestations bien plus que celle-ci ne menaçait de le faire) et à l'adoption du financement additionnel par la TVA, la «bonne santé financière» – on y reviendra – de la branche invalidité a sensiblement contribué à cet échec – ne serait-ce qu'en enlevant part de leur crédibilité à ceux qui criaient «faillite» – il n'en demeure pas moins, à notre sens, que cet échec soulève d'autres enseignements bien plus significatifs.

Le principal est l'impression désormais d'irréformabilité qui émane de ce système et qui trouve son origine à plusieurs sources. Il y a d'abord sa complexité, qui ne permet plus de dégager des orientations claires quant à ses finalités. Il y a ensuite son inadaptation aux réalités actuelles du monde économique et des incapacités de gain qui lui correspondent. Entre les fictions que l'AI charrie pour la détermination d'une hypothétique perte de gain et le fait qu'il n'est pas du tout conçu pour adresser les troubles psychiques, pourtant devenus cause principale des demandes de rentes, ce système donne l'impression d'une machine déglinguée dont seules les prestations complémentaires permettent de masquer quelque peu l'arbitraire. Ont été à ce titre exemplaires les discussions pour substituer aux actuels paliers, donnant droit à diverses quote-parts de rente, un système beaucoup plus linéaire. C'était faire comme si on parvenait, au degré près, à évaluer une perte de gain en ramenant au gain antérieur celui qui pourrait encore être réalisé – sur un «marché du travail équilibré» (sic) – après la réalisation du risque.

Quand on essaye de surcroît d'enfermer ces discussions dans le cadre d'une forme d'équilibre budgétaire, qui n'a guère de sens en matière d'assurances sociales, si tant est qu'il en ait ailleurs, on aboutit nécessairement à des débats dont le sens véritable devient très difficile à dégager. Que l'on veuille connaître les coûts que représente une politique publique est assez compréhensible. Mais que l'on décrète la nécessité d'un autofinancement d'une branche de la protection sociale n'a aucun fondement sérieux. Il n'est pas moins légitime d'en faire reposer le financement, pour tout ou partie, sur d'autres recettes fiscales plutôt que sur les cotisations.

Etant donné le caractère ubuesque de cette réforme, il nous sera difficile d'en regretter l'issue fatale. Au

début de cette année, nous rendions d'ailleurs compte, à travers l'analyse des alternatives à l'actuelle AI que représentent à leur manière l'Assurance générale de revenu (ARG) et le Revenu de base inconditionnel (RBI), des impasses de ce qu'il faut bien reconnaître comme un système marqué par une conception très dix-neuviémiste des mondes économique et sanitaire. Nous invitons en ce sens toutes les personnes concernées par ces problématiques à s'intéresser au moins à ces alternatives, voire à les soutenir.

A l'occasion d'une journée de réflexion, organisée en mai avec le 2<sup>ème</sup> Observatoire et la Haute école de travail social de Genève (HETS) autour des difficultés de (ré) insertion des personnes souffrant ou ayant souffert d'un trouble psychique, nous avons pu approfondir l'analyse des insuffisances de l'actuel système et la nécessité d'y apporter des correctifs plus que cosmétiques.

Depuis lors, la 6<sup>ème</sup> révision de l'AI a sombré et plus de 100'000 signatures ont été récoltées et validées en faveur de l'initiative populaire pour l'instauration d'un RBI, qui sera déposée le 4 octobre prochain. C'est donc l'occasion rêvée d'initier une réflexion à nouveaux frais autour de la sécurité du revenu pour les personnes en incapacité de gain en raison de problèmes psychiques, sans retomber dans quelque trappe à invalidité que ce soit. Plusieurs associations actives dans le domaine de la santé mentale ne s'y sont pas trompées, qui ont mis le RBI à leur ordre du jour. Et il est également significatif que la Conférence suisse des institutions d'action sociale (CSIAS) y aura consacré, ainsi qu'à l'ARG, une partie de son congrès annuel au début septembre.

Il y a en effet urgence à reprendre l'initiative dans un domaine où les dernières réformes ont été vécues sur le mode défensif du maintien des acquis. D'autant que l'on ne pourra pas indéfiniment compter sur l'actuelle alliance politique de circonstance pour empêcher le sujet de ressurgir. Pour que le cycle infernal des révisions successives de l'AI se referme pour de bon, il faut apporter des réponses aux questions qui demeurent encore entièrement ouvertes.

### DSM-5 : TROUBLE DANS LE DIAGNOSTIC ?

A la difficulté de saisir les troubles psychiques, en eux-mêmes et dans un système de droits sociaux qui fasse justice à ceux qui sont empêchés, par les affections dont ils souffrent, d'acquiescer sur le marché de l'emploi, les moyens de leur subsistance, a fait écho ce printemps la publication du nouveau Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), le cinquième du nom, ainsi que les débats, parfois virulents, qu'elle a déclenchés. Sans entrer dans le détail de ce qu'il contient, de nouveau ou non, et pour lequel nous renvoyons à l'analyse qu'en fait ci-dessous Basil Vareltzis, de retour

du dernier congrès de l'American Psychiatric Association (APA), très logiquement consacré à son «propre» ouvrage –, nous nous attarderons sur les réactions qu'il a suscitées et qui nous semblent révéler pas mal des difficultés que les troubles psychiques posent à nos sociétés.

Outre le fait que ces réactions ont été assez différentes d'un côté et de l'autre de l'Atlantique et que c'est notamment là où le DSM a le moins de portée pratique qu'il a été le plus vilipendé<sup>VI</sup>, probablement en raison de la plus forte tradition psychanalytique dans la psychiatrie continentale et française en particulier, il est intéressant de relever l'accent qui a été mis sur la supposée médicalisation du «normal». Allen Frances lui-même, responsable scientifique de la 4<sup>ème</sup> édition du DSM, n'a-t-il pas intitulé son livre à charge «Saving normal»?

Cette résistance, même en partie infondée, a l'intérêt de signifier que la question de la psychiatrie et donc à travers elle de la normalité fait l'objet d'une certaine préoccupation.

Sur le plan scientifique, il semble également que la tentative, globalement inachevée, de changer de paradigme trahisse une incapacité à s'accorder, au plus haut niveau de la psychiatrie institutionnelle et universitaire, sur la manière d'avancer sur le chemin de la vérité et du progrès.

Cette indécision diagnostique et cette banalisation du pathologique ne peuvent que réjouir les partisans du *Recovery*, en ce qu'elles correspondent à un décloisonnement des troubles psychiques et à leur inscription dans un continuum dont la maladie et la santé ne seraient que des bornes tendanciennes qui ne sont jamais vraiment atteintes. Un modèle en somme de la gradation et de la vulnérabilité que revendiquent de longue date les tenants du rétablissement.

### YVAN PERRIN ET CARSTEN SCHLOTTER : SELON QUE VOUS SEREZ PUISSANT ET MISÉRABLE ?

A un niveau beaucoup plus local, la réalité selon laquelle le monde ne se divise pas entre gens normaux et malades s'est matérialisée médiatiquement au travers de deux personnalités dont la vulnérabilité est apparue au grand jour. Dans les deux cas, l'opinion leur réservait un accueil plutôt favorable, en donnant pour l'un une issue heureuse à sa situation, en marquant pour l'autre sa compassion avec son issue tragique.

D'un côté, Yvan Perrin, politicien neuchâtelois bien connu. Incarnant en Romandie quasiment à lui seul, sous les allures du fier policier qu'il a été, son parti tel que façonné par son chef incontestable. Un parti qui ne s'est jamais illustré par ses positions conciliantes à l'égard de ceux que les troubles psychiques mettent en position de requérir assistance, et qui sont vus assez volontiers comme des personnes manquant de volonté.

Le fameux «quand on veut on peut» pourrait résumer à lui seul la méconnaissance profonde des mécanismes psychiques par une part non négligeable de la population.

De l'autre, Carsten Schloter, patron de l'une des plus grandes entreprises suisses. Pas de ceux que l'on recrute sur le *mercato* des managers, mais un qui vient de l'intérieur, qui a fait ses preuves, montré son attachement à la «boîte». Et de surcroît apprécié de son personnel et respecté de ses partenaires.

Alors qu'il s'était déclaré candidat à l'Exécutif, le premier, lors d'une soirée qu'il passait chez lui, a perdu le contrôle et a fini à l'hôpital. Au cours de la campagne médiatique particulièrement violente qui visait à mettre en cause sa capacité à occuper la fonction qu'il brigait, Yvan Perrin a reconnu avoir, selon ses termes, une «faiblesse psychique». Quelle que soit la pertinence diagnostique de son aveu, c'était mettre sur la table, d'autant plus courageusement qu'il avait toujours affiché l'image du personnage «droit dans ses bottes», la question des troubles psychiques et de leurs implications.

Quant au second, en dépit ou à cause de sa brillante position, l'homme s'est donné la mort cet été. Probablement parce qu'il était pour beaucoup une expression presque parfaite de la réussite, son geste a manifestement choqué et provoqué foule de réactions. Outre celles de tristesse et d'empathie, il faut relever les nombreuses interrogations quant aux significations sociétales de ce suicide. On a évoqué la solitude du chef, le stress induit par la compétition économique.

Au premier, les électeurs ont accordé, malgré ses problèmes et ses manières parfois déconcertantes de les évoquer, suffisamment de confiance pour qu'il obtienne son ticket pour le Château.

Au second, il n'a été rendu qu'hommages désolés et compatissants.

Dans un cas comme dans l'autre, on a globalement éprouvé la même sympathie et reconnu le droit à des battants, dans des champs d'activités certes différents, à des *winner*s, de ne pas tenir le coup en certaines circonstances. Était ainsi battu quelque peu en brèche le préjugé très répandu qui associe les troubles psychiques à la faiblesse et à la misère. Préjugé qui avoisine souvent le soupçon de déficit de volonté.

Reste maintenant à espérer que cette bienveillance à l'égard des difficultés d'autrui retombe sur celles et ceux qui, vivant les mêmes turpitudes, mais sans avoir jamais connu l'honneur des gazettes, méritent tout autant de respect.

#### FORMATION DE PAIRS-AIDANTS: LE «RECOVERY» EN MARCHÉ?

Autre événement en 2013, mais encore à venir, est la

formation de pairs praticiens en santé mentale, première en Romandie, qui commencera cet automne et sera, espérons-le, un moyen efficace de mettre en œuvre l'approche par le *Recovery*, qu'il nous faut ici rappeler. Être en bonne santé, être malade: ces notions ont pu connaître au cours de l'histoire des acceptions très différentes. Leur relativité est encore plus marquée en ce qui concerne le psychisme. Outre une ignorance remarquable de leurs causes et une nosographie encore hésitante, les troubles psychiques se caractérisent en effet par une forte composante fonctionnelle. C'est l'empêchement d'accomplir pleinement les actes de la vie «ordinaire» qui révèle la «maladie», non un scanner ou une prise de sang. Cette dimension éminemment contextuelle – ce qu'est une vie normale n'a rien d'évident déjà ici et maintenant, a fortiori dans le temps et l'espace – devrait inciter à une grande prudence thérapeutique: il n'est pas de modèle valable pour tous et chacun doit être mis à contribution car, une part de la solution à leurs problèmes, les personnes concernées la détiennent en propre. C'est donc à investir ces ressources parfois cachées que nous invite la philosophie du *Recovery* – improprement traduit par «rétablissement», aucun mot français n'exprimant correctement la nature processuelle de ce parcours en santé.

Le *Recovery* ne se veut pas une thérapeutique alternative. Il ne nie pas la maladie ni l'efficacité, voire la nécessité, de certains traitements quand ils sont pertinemment administrés, qu'ils soient psychothérapeutiques ou médicamenteux. Mais il attire notre attention sur le fait crucial que les individus ne peuvent et ne doivent être réduits à leurs troubles. Ni par leur environnement – qu'il soit familial, professionnel ou institutionnel – ni par eux-mêmes au premier chef. Car la maladie a cette propension à l'envahissement qui peut mener littéralement à l'étouffement de soi-même comme des autres, comme le démontre à l'envi la problématique de la codépendance. C'est à cette prise de conscience fondamentale qu'invite en premier lieu le *Recovery*. C'est à partir de cette mise à distance de la maladie que peut se dessiner un chemin, certes souvent sinueux, de liberté et de bien-être. Il ne s'agit pas tant de guérir que «d'apprendre à vivre avec sa propre vulnérabilité»<sup>vii</sup>. Sans promettre le bonheur, le *Recovery* nous rappelle simplement qu'il est possible de s'accomplir malgré le déterminisme souvent plombant de la maladie. C'est à la fois un message d'espoir et un encouragement à ne pas renoncer à mener une vie épanouissante.

C'est donc pour tenter de mettre en actes ce message au niveau institutionnel que Pro Mente Sana s'est investie dans la mise en place d'une formation de pairs-aidants. Avec la collaboration de la CORAASP (Coor-

dination romande des associations d'action en santé psychique) et de l'EESP (école d'études sociales et pédagogiques) et avec le soutien financier de divers institutions, publiques et privées. Adressée à des personnes qui ont connu des problèmes de nature psychique et qui s'en sont rétablis, cette formation vise à leur donner les instruments analytiques et pédagogiques qui leur permettront d'apporter ce nouveau regard au sein des équipes soignantes ou éducatives.

La philosophie du *Recovery* ne propose ainsi aucune recette; elle n'a rien à dire sur ce qu'est une vie bonne, si ce n'est qu'elle doit être le plus librement choisie et que cette liberté repose en grande partie sur nos capacités propres, qu'il s'agit donc de repérer et de développer. Plus qu'une philosophie normative, le *Recovery* est une méthodologie ou, comme le dit Patricia Deegan, figure phare de ce mouvement, «une attitude, une prise de position et un parcours».

C'est parce qu'ils témoignent précisément d'un tel parcours que nous avons choisi par ailleurs de publier les textes que l'on trouvera dans notre avant-dernière brochure<sup>VIII</sup>. Non que les personnes témoignant aient été inspirées par la philosophie du *Recovery*, dont elles ignoraient très certainement l'existence. Mais elles l'ont mise en acte par leur démarche. Considérés dans leur ensemble, ces récits montrent bien la diversité des moyens qui peuvent être mis en œuvre et la multitude des ressources mobilisables pour se frayer au fil de la vie un chemin qui, sans être forcément rectiligne, n'en est pas moins praticable. Ils montrent également que ce parcours est sans destination, qu'il n'y a pas un état final à partir duquel on pourra se dire guéri. C'est un processus permanent, qui connaît souvent des hauts et des bas, des allers et des retours. Ces témoignages, que nous présentons simplement par ordre alphabétique, sans hiérarchisation quelconque, tissent ainsi une trame complexe où santé et maladie se succèdent, se croisent ou cohabitent à des degrés divers. Rapportée aux vulnérabilités qui sont le lot de tout un chacun, cette trame devrait nous inciter à repenser le monde et notre rapport à lui, dans le sens de le rendre plus convivial et plus hospitalier. Car c'est le message universel de la souffrance que de nous rappeler à notre fragilité, à notre petitesse et à l'absolue nécessité de prendre soin de soi et des autres.

## CONCLUSION :

### QUAND LA MARGE ÉCLAIRE LE CHEMIN

Sans doute aurions-nous pu réaliser semblable chronique par rapport à toutes ces dernières années, la concentration exceptionnelle de faits significatifs en ce premier semestre 2013 tenant aussi certainement

du hasard. Cette série d'événements ne nous interpelle pas moins. Pourquoi donc une telle prégnance des questions de santé mentale? Probablement parce que les troubles psychiques et leurs différentes manifestations opèrent comme un révélateur des contradictions de notre temps. Pour reprendre l'expression d'Alain Ehrenberg, nous vivons dans une «société du malaise»<sup>IX</sup>, malaise encore renforcé par l'actuelle crise économique qui rend notre destin collectif plus incertain que jamais. Les troubles psychiques apparaissent alors comme le symptôme de nos difficultés sociétales. Mais il ne faudrait pas les réduire à cela seulement, car leur compréhension est également porteuse de solutions. Ils éclairent en effet notre fonctionnement et disent quelque chose de nos besoins fondamentaux, message complexe mais chargé d'espoir.

Et en ce domaine des troubles psychiques, les actuelles difficultés budgétaires pourraient bien en fait s'avérer une opportunité. Car l'absence de moyens peut agir comme stimulation à la «débrouille», élément à notre sens essentiel de la perspective du *Recovery*. Occasion donc pour innover et retrouver la créativité qui fait cruellement défaut à la pensée assurantielle, où l'on va, au nom du principe de «l'obligation de collaborer», jusqu'à refuser une rente à un assuré qui, avec l'accord de son psychiatre, cherche par d'autres moyens à abandonner un traitement qu'il tolère mal. Il faut sortir de la logique des modèles et de leur conception généralement *top-down* pour développer une approche par la pluralité et la participation des concernés. L'heure ne devrait plus être aux grands affrontements idéologiques, mais à celle d'une pratique partagée du débat et de l'expérimentation.

# PETIT RÉSUMÉ DU NOUVEAU MANUEL DIAGNOSTIQUE PSYCHIATRIQUE AMÉRICAIN, LE DSM-5

PAR  
DR BASILE VARELTZIS  
MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE ET ADDICTOLOGIE  
MEMBRE DU COMITÉ DE PRO MENTE SANA  
SUISSE ROMANDE

Le DSM-5 est plutôt une déception, c'est un travail incomplet. La grande majorité des changements qui ont été proposés par les commissions de travail ont été rejetés par le bureau de l'*American Psychiatric Association* (APA), qui avait le dernier mot. Sans aucune justification ! Beaucoup de décisions ont été prises pour des raisons politiques propres à l'APA.

Tout le travail scientifique et de consensus qui a été préparé pendant plus de six ans de travaux préparatoires n'a pas compté pour grand-chose quand il s'agissait de nouveaux paradigmes. Un processus qui avait commencé avec un but scientifique et transparent a finalement abouti à un produit qui n'a pas pris en compte les données cliniques et scientifiques qui existent dans certains domaines, et qui n'a pas osé se positionner clairement par manque de consensus au sein du comité. Le mieux que l'on puisse dire est qu'il y a eu quelques petites améliorations au niveau technique et qu'il y a un début de changement de paradigme. Mais celui-ci risque de prendre encore plusieurs années avant de se mettre en place.

Malgré ce qu'on a pu lire dans la presse, on n'assiste pas à une psychiatrisation de la vie ! On compte 25 diagnostics de moins que dans la version précédente (DSM IV-TR, 2000). Mais les USA vivent à l'heure du *managed care* (réseaux de soins), où tout doit être codé. Chaque motif de consultation, de même que tous les contextes doivent être codés et envoyés aux assureurs maladie pour justifier la visite médicale. Dès lors, on retrouve des définitions et des codes pour toutes sortes de choses qui ne sont pas du tout des problèmes psychiatriques. Par exemple, le fait qu'une personne vit seule ou en couple, qu'elle travaille ou non, qu'elle a fait son service militaire ou qu'elle est en surpoids, parmi bien d'autres paramètres, fait l'objet d'un code. Clairement, ces éléments ont très peu à voir avec un manuel de diagnostic psychiatrique. Ils n'y ont peut-être pas du tout leur place. Ils relèvent plutôt de la paranoïa des assureurs et du gouvernement américains (qui assurent presque 60

millions d'habitants démunis ou retraités aux Etats-Unis). Dans le souci de diminuer les coûts de la santé (il ne faut pas oublier que le système de santé américain est de loin le plus cher au monde, loin devant celui de la Suisse qui se trouve en deuxième position), on veut tout savoir sur la vie des patients et on exige des justifications pour chaque minute que le médecin ou le psychothérapeute passe avec son patient.

Les récentes avancées scientifiques en psychiatrie se limitent à deux domaines bien spécifiques. Le premier tente de comprendre l'hérédité des troubles psychiatriques avec les prédispositions génétiques et épigénétiques, tandis que l'autre essaye de cerner ce qui se passe au niveau du fonctionnement du cerveau dans les différentes maladies psychiques. Malheureusement, alors qu'on sait que les maladies psychiques ont tendance à se concentrer chez certaines familles plus que d'autres et qu'il y a un élément génétique important dans l'apparition de ces maladies, les dernières études suggèrent que les gènes qui sont associés aux différents troubles sont les mêmes ! Il est actuellement impossible de différencier au niveau génétique quelqu'un qui a une schizophrénie d'une personne souffrant d'un trouble bipolaire ou d'un déficit de l'attention, malgré la découverte de plusieurs gènes qui y sont associés.

C'est un peu comme la prédisposition à devenir alcoolique. La même constellation génétique qui prédispose à une dépendance à l'alcool augmente également le risque de devenir tabagique et dépendant à la caféine. D'ailleurs, cliniquement, il est assez rare de rencontrer un alcoolique qui ne fume pas ou ne consomme pas de grandes quantités de café. Ces trois dépendances vont souvent ensemble.

Les études en neuro-imagerie vont dans le même sens. On a beaucoup de peine à distinguer les fonctionnements cérébraux de personnes souffrant de troubles psychiatriques différents. Ce sont les mêmes circuits cérébraux qui sont activés ou désactivés.

Les troubles psychiatriques, dans leurs formes classiques ou extrêmes, sont très différents l'un de l'autre au niveau clinique. Le problème est que la majorité des patients ne développe pas une forme extrême de la maladie. La plupart d'entre eux présentent un trouble moyen, voire une forme légère qui leur permet de fonctionner de manière satisfaisante tant qu'ils ne sont pas sous stress. Une fois stressés, en revanche, ils risquent de décompenser et le trouble devient alors flagrant.

A regarder les symptômes présents chez la plupart des personnes souffrant de formes légères ou modérées de

ces troubles, on pourra aussi bien les classer comme ayant un trouble dépressif, un trouble bipolaire II, un trouble *borderline*, un trouble schizo-affectif, certaines formes d'autisme ou un déficit d'attention. Tous ces troubles partagent semble-t-il plusieurs symptômes et des prédispositions familiales et génétiques communes.

Le DSM-5 fait un pas vers la reconnaissance que les différentes atteintes psychiatriques ont beaucoup plus de similitudes entre elles que de différences. Ses auteurs ont tenté d'organiser les chapitres de manière à ce que les troubles qui sont liés se situent dans des chapitres consécutifs. Malheureusement, la complexité des liens qui existent n'est pas reflétée dans ce travail. On revient à des notions psychanalytiques qui se montrent réticentes à catégoriser les patients dans des cases. La notion de dichotomies diagnostiques – on a ou on n'a pas un trouble – devient dépassée. On parle de spectres pour les différents troubles et on reconnaît que les mêmes symptômes peuvent justifier des diagnostics différents. Finalement, c'est la clinique et l'évolution du patient qui vont déterminer le diagnostic a posteriori. Le nouveau manuel propose bien de classer la sévérité des troubles, mais les échelles qui ont été développées pour évaluer les spectres ne sont pas encore prêtes pour une utilisation clinique. Elles se trouvent en l'occurrence dans la section III, en attente de développement, ce qui est assez décevant. Pour l'instant, on doit se contenter des distinctions entre «atteinte modérée» ou «atteinte sévère», basées sur le jugement clinique du psychiatre, sans pouvoir mieux les préciser à l'aide d'échelles objectives et standardisées.

On progresse également dans la reconnaissance de l'évolution des troubles au cours d'une vie. On admet ainsi que quelqu'un qui a souffert d'une atteinte psychiatrique dans le passé ne déclarera pas forcément le même trouble toute sa vie. Cette reconnaissance transparaît dans les nouveaux critères diagnostiques pour le trouble du déficit de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH). Auparavant, une personne diagnostiquée comme hyperactive dans son enfance était toujours classée comme ayant un TDAH type hyperactif ou mixte, même si elle n'en présentait plus les symptômes. Désormais, on regarde uniquement le fonctionnement dans les six derniers mois: s'il n'y a plus d'hyperactivité, le TDAH n'est plus diagnostiqué. Le déficit de l'attention, même s'il persiste, ne permet plus à lui seul de diagnostiquer un TDAH. On voit ainsi émerger une prise de conscience que les états de santé mentale sont susceptibles d'évoluer et que nos diagnostics doivent en tenir compte. Dans certains cas (mais on n'en est encore qu'au début d'un changement de paradigme), on ne sera plus condamné à vivre avec une étiquette pour la vie

entière suite à un diagnostic psychiatrique. Avec des conséquences prévisibles sur le plan asséculologique, d'une part, et au niveau de la stigmatisation de l'autre.

Dans la nouvelle organisation du DSM-5, qui tient à reconnaître les liens entre les différentes maladies, on commence par les troubles du neurodéveloppement qui regroupent l'autisme et le TDAH entre autres, pour passer à la schizophrénie, aux troubles bipolaires, états dépressifs, troubles anxieux, troubles obsessionnels-compulsifs, états traumatiques / PTSD, états dissociatifs et somatisations. La logique de l'organisation se perd ensuite et le lien entre les chapitres n'est pas du tout clair, du moins en ce qui me concerne. Plusieurs liens logiques entre les différentes addictions comportementales n'ont pas été retenus par le comité de l'APA, malgré les recommandations des comités d'experts. Encore une fois, on attend des améliorations dans la version 5.1.

Dans le premier chapitre, on regroupe la déficience intellectuelle (anciennement appelée retard mental) avec les troubles de la communication, le bégaiement, les dyslexies, les troubles du spectre de l'autisme et le TDAH. En ce qui concerne le TDAH, les critères diagnostiques ont été assouplis pour tenir compte du fait que le trouble peut apparaître après l'âge de six ans (on retient désormais le début de symptômes avant l'âge de douze ans) et qu'il peut persister chez l'adulte (notamment sous la forme d'un déficit d'attention qui peut être très problématique au niveau social, travail et relationnel).

Pour la schizophrénie et les troubles psychotiques, les critères ont été simplifiés et on propose d'utiliser un spectre au lieu de diagnostics précis. Pour ce qui est des troubles bipolaires et des troubles dépressifs, les changements sont relativement mineurs. La principale modification, qui a fait couler beaucoup d'encre, concerne l'état dépressif, qui peut désormais être diagnostiqué lors d'un deuil particulièrement difficile. En fait, les études scientifiques suggèrent que les personnes qui réunissent tous les critères d'un diagnostic d'état dépressif majeur (durée d'au moins deux semaines) dans un contexte de deuil peuvent bénéficier d'un traitement. Vu que le diagnostic d'un état dépressif dans le contexte d'un deuil n'était pas possible dans l'ancien manuel, les assureurs refusaient de prendre en charge les traitements pour les patients qui en avaient besoin. Cette rectification est essentiellement d'ordre asséculologique, puisqu'elle vise à permettre le remboursement du traitement à ceux qui en ont besoin. Le texte mentionne clairement que la plupart des personnes qui sont en deuil ne vont pas recevoir un diagnostic d'état dépressif majeur et n'auront pas

besoin d'un traitement. En même temps, celles qui en ont besoin pourraient dorénavant le recevoir et être remboursées.

Les troubles anxieux, les états de stress post-traumatique et les troubles obsessionnels-compulsifs ont été mis pour leur part dans des chapitres séparés pour les distinguer malgré que les trois groupes recouvrent des états anxieux associés. D'ailleurs, on reconnaît désormais que les troubles dépressifs peuvent également avoir des états anxieux associés, qui peuvent être codés séparément. On commence à se rendre compte de la complexité de l'œuvre.

Dans le chapitre sur les drogues et les addictions, on retrouve celles-ci, alors qu'elles avaient disparu dans la version précédente du manuel, après avoir fait leur première apparition dans le DSM-3 en 1980. Le jeu pathologique a été reconnu comme une addiction, rejoignant ainsi les drogues habituelles (tabac inclus). La dépendance au café et la dépendance aux jeux sur internet figurent dans le chapitre qui regroupe les troubles qui sont encore à l'étude pour la prochaine version de la classification. Les troubles du comportement alimentaire, les achats compulsifs et le syndrome de Diogène, qui ont beaucoup de similitudes avec les addictions aux drogues, ont été mis dans des chapitres différents. D'autres addictions comportementales, reconnues cliniquement et dans la littérature en addictologie, telles que les addictions au sexe, au travail, au sport, la dépendance affective ou la codépendance, n'ont pas été incluses, malgré les recommandations des groupes d'experts qui avaient donné des préavis positifs.

Au lieu de continuer à faire le point chapitre par chapitre, il me semble essentiel de prendre quelques instants pour mettre en lumière le chemin qui se dessine devant nous. Il est clair que ce manuel aura besoin d'une révision importante dans quelques années, dès que nous disposerons de plus de données épidémiologiques, génétiques et dans le domaine de la neuro-imagerie. La psychiatrie reprendra vraisemblablement quelques éléments de nos amis psychanalystes pour les intégrer à des données épidémiologiques et informatiques et nous donner ainsi une liste de troubles dans certains domaines ou selon certains paramètres. Ceux-ci pourraient remplacer les diagnostics que nous connaissons aujourd'hui (une critique récurrente est que les diagnostics psychiatriques actuels sont relativement peu fiables, très ouverts à l'interprétation et variant selon l'orientation ou le point de vue du psychiatre). Par exemple, ceux qui connaissent la thérapie des schémas (TCC, Jeffrey Young) sont déjà familiers avec le concept des paramètres. Au lieu de parler d'un trouble de la personnalité,

on travaillera sur le schéma d'abandon, de perfectionnisme, de sacrifice de soi, etc.

Dans le même sens, le DSM-5 propose une évaluation de treize domaines qui sont des manifestations de troubles psychiatriques: la dépression, la colère, la manie, l'anxiété, les symptômes somatiques, les idées suicidaires, la psychose, les troubles du sommeil, les troubles de la mémoire, les idées et actions répétitives, la dissociation, les troubles du fonctionnement de la personnalité et les prises de drogues/ ou de substances. La prise en charge dépendra du domaine concerné. On reviendrait ainsi vers les notions freudiennes selon lesquelles les manifestations cliniques ne sont que des indices de la souffrance intrapsychique de la personne. On pourra traiter les manifestations par des médicaments, au besoin, tandis que la souffrance sous-jacente serait traitée par les différentes techniques thérapeutiques<sup>X</sup>.

<sup>I</sup> Pour une présentation des différentes mises en œuvre législatives au niveau des cantons romands, voir la contribution d'Asuman KARDES dans les actes du colloque du GRAAP 2013 (à paraître).

<sup>II</sup> Voir sur notre site [www.promentesana.org](http://www.promentesana.org) nos diverses prises de position lors des procédures de consultation dans les différents cantons romands, ainsi que la LT n° 35.

<sup>III</sup> PMS est en train de rééditer sa brochure sur les directives anticipées, qui peut d'ores et déjà être commandée, gratuitement, via notre site internet ou notre secrétariat.

<sup>IV</sup> Voir la LT n° 58.

<sup>V</sup> Voir la LT n° 55.

<sup>VI</sup> Demazeux, Steeves, «Le DSM-5, une inquiétude française», Esprit, juillet 2013, pp. 116-117, Castel, Pierre-Henri, dans l'émission «Culture Monde» sur France Culture, le 20 mai 2013. Andreoli, Antonio, «L'avant-projet DSM-V entre rupture et continuité», Revue médicale suisse, février 2011.

<sup>VII</sup> Voir la brochure de Pro Mente Sana, «Recovery. Vers le rétablissement», Genève, 2011.

<sup>VIII</sup> «Témoignages de Recovery. Récits de rétablissements en santé mentale», Genève 2012.

<sup>IX</sup> La société du malaise, Paris, Odile Jacob, 2010.

<sup>X</sup> Voir notre dernière brochure «Psychothérapies».