



LE NOUVEL ESPRIT PUBLIC

Philippe Meyer

(ISSN 2608-984X)

COMPTE-RENDU ANALYTIQUE DE L'ÉPISODE N°151 (26 JUILLET 2020)

LA PSYCHIATRIE DANS LA CITÉ

THÉMATIQUE : LA PSYCHIATRIE DANS LA CITÉ, AVEC RAPHAËL GAILLARD

Introduction

Philippe Meyer :

Merci de nous avoir rejoint pour cette discussion en compagnie de Raphaël Gaillard, professeur de psychiatrie à l'Université Paris Descartes et chef de pôle à l'hôpital Sainte-Anne à Paris.

Dans une tribune publiée par Le Monde du 1er juillet, l'économiste Jean de Kervasdoué et le psychiatre Daniel Zagury écrivent : « Les partis politiques n'abordent les questions de santé que sous leur aspect économique et financier. Il y a fort à parier que, après le choc de l'épidémie de Covid-19, il ne sera pas dit grand-chose de la santé mentale qui, à notre connaissance, n'est pas à l'agenda du Ségur de la santé lancé le 25 mai. Pourtant, depuis une décennie, la situation est passée de grave à catastrophique. Certes, de tout temps, la folie – terme aujourd'hui refoulé – a dérangé, mais le rejet collectif du différent, de l'anormal dans une société du bien-être n'explique pas à lui seul la persistance du massacre. Certes, la reconnaissance publique par Agnès Buzyn de l'abandon de la psychiatrie a dégagé l'Etat d'une posture perverse de déni, mais, sur le fond, rien n'a changé. »

L'institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) a publié en juin une étude consacrée aux effets du confinement sur la santé mentale des Français : un tiers des répondants déclare avoir été en situation de détresse psychologique durant le confinement.

La psychiatrie a un rôle important à jouer dans la gestion de l'après-coronavirus mais les décideurs publics se sont, depuis de nombreuses années, détournés du soin des troubles mentaux. Cette spécialité est pourtant un observatoire pertinent de notre société : les troubles qu'elle cherche à soulager sont en effet les

conséquences de notre organisation sociale et de ses dysfonctionnements. De plus, elle témoigne de la manière dont la déviance est appréciée dans notre pays.

Raphaël Gaillard, en tant que président du Congrès de l'encéphale, vous êtes auteur de nombreux articles qui permettent de découvrir la gestion de la crise sanitaire de l'intérieur. On peut y lire que la psychiatrie a, une fois encore, été le parent pauvre des politiques menées avec un oubli du GHU Psychiatrie dans la distribution de masques. Celui-ci accueille 70 000 patients par an. Vous livrez également votre vécu de la crise en tant que chef d'un pôle qui compte 600 soignants qui ont dû parfois recourir au système D pour continuer à prodiguer des soins. Par ailleurs, l'observation clinique que vous faite du champ politique dans le cadre de cette vous conduit à remarquer une recherche de coupables qui témoigne de l'impossibilité pour de nombreux citoyens de vivre avec la contingence d'un virus que nous découvrons chaque jour. Cet effritement de la contingence constitue « l'être au monde du paranoïaque », ce qui doit nous interroger.

Peut-être commencerons-nous par cette période si particulière traversée depuis le 15 mars. Quels enseignements en tirez-vous ?

Kontildondit

Raphaël Gaillard :

La crise de la Covid a été un épiphénomène de la crise de la psychiatrie, tout en permettant un effet de loupe sur cette dernière. Vous l'avez rappelé dans votre introduction, la première chose dont nous avons été frappés, c'est l'oubli de la psychiatrie. Les maladies qu'elle traite sont très fréquentes, il faut rappeler que la schizophrénie touche 1% de la population générale, les troubles bipolaires 2%, et la dépression 20% sur une vie entière, c'est à dire qu'un Français sur cinq sera confronté à un épisode dépressif nécessitant une prise en charge médicale (pas forcément médicamenteuse) au moins une fois dans sa vie. Malgré ces chiffres, nous sommes habitués à ce qu'on n'en parle jamais, tant ces troubles sont frappés d'un stigmate, ou d'un tabou. Cette crise a de nouveau illustré cette situation de façon éclatante, puisque la psychiatrie a tout bonnement été oubliée du dispositif sanitaire de protection des soignants. Nous nous sommes retrouvés, si je prends l'exemple de Sainte-Anne, sans masques, sans gel hydroalcoolique pour ces 1 000 lits au cœur de Paris, à 150 mètres de l'hôpital Cochin à peu près normalement équipé. Si l'on peut si facilement oublier 1 000 lits en plein Paris, je vous laisse imaginer la situation dans des hôpitaux psychiatriques isolés ...

Ensuite, nous avons pu constater une forme de résilience de nos patients, qui ont relativement bien vécu cette crise. Il y avait eu un précédent à peu près comparable : l'explosion AZF à Toulouse avait littéralement soufflé un hôpital psychiatrique, et on avait alors déjà observé cette résistance, cette tenue, cette discipline des patients observés en psychiatrie. De même suite aux attentats de Paris et de Nice. Curieusement, nos patients traversent assez bien ces moments d'intense crise sociale, comme si, peut-être, ce qu'ils avaient pu vivre par ailleurs était d'une toute autre ampleur encore.

Troisièmement, une catégorie de patients a émergé, que nous ne connaissons pas, c'est-à-dire qu'ils n'étaient pas à ce jour inscrits dans un parcours de soins.

Des personnes qui étaient en relative souffrance mais compensaient, et qui dans ce contexte d'angoisse générale, ont décompensé et ont nécessité des soins. Le quatrième phénomène est encore à venir, il s'agit des conséquences de la crise économique, de toutes les détresses qu'elle va provoquer. Nous les psychiatres avons l'habitude d'être des sous-marinières de la société, et de voir ses problèmes de fond. Cette crise économique à venir, nous la pressentons à travers les incertitudes des trajectoires individuelles, et nous observons déjà les linéaments d'une nouvelle vague de souffrances sociales et mentales.

Marc-Olivier Padis :

Je voudrais vous interroger sur vos deux derniers points, votre perception des personnes qui viennent déjà consulter, ou qui viendront bientôt, suite à la crise. De quel type de souffrance psychique s'agit-il ? J'ai une impression, que je livre à votre critique : nous avons traversé une période très inhabituelle, un peu archaïque, pendant laquelle beaucoup de gens ont eu peur. De la mort, de la maladie, de la souffrance ...

Ces 10-15 dernières années, on a beaucoup écrit sur la transformation des pathologies mentales, sur le fait que nous avons désormais affaire à des troubles liés à la réalisation de soi, au besoin de performance, bref à des choses nouvelles pour lesquelles psychiatrie et psychanalyse étaient mal armées. Ici, on semble revenir à quelque chose de plus simple, de plus fondamental et archaïque : la peur, tout simplement. Partagez-vous cette impression ?

Raphaël Gaillard :

Merci pour votre question, car elle permet de rappeler notre tentative de définition de l'angoisse, quelque chose à quoi nous sommes confrontés tous les jours dans l'exercice de la psychiatrie, et qu'il n'est pourtant pas facile de cerner. A ce jour, on s'accorde sur cette définition simple : une peur sans objet.

Le terme de « peur » que vous avez utilisé me paraît juste, il traduit bien

l'évolution des personnes au travers de cette crise. D'abord la peur d'un virus, d'une maladie somatique, qui elle-même est très floue. On a constaté qu'on ne comprenait pas grand-chose à cette maladie : c'était censé être un virus respiratoire et c'est devenu bien plus, le virus lui-même est si mal compris et difficile à cerner qu'il a quelque chose du « sans objet », on peine à se le représenter simplement. En cela, il est un support idéal pour l'angoisse. Ensuite, il y a eu tout le reste : qu'est-ce que c'est qu'une société quand elle fonctionne à l'arrêt ? Et quand elle commence à reprendre son fonctionnement ?

Je n'ai pas encore évoqué ce moment du déconfinement, il est pourtant très important. Ces patients que nous ne connaissions pas ont d'autant plus souffert que le déconfinement est arrivé. Est-ce la « cinétique » de cette souffrance (il a fallu trois mois de difficultés pour qu'ils en arrivent aux soins) ? Ou bien est-ce le déconfinement lui-même qui engendre cette incertitude et cette incompréhension ? Certains ont évoqué (un peu abusivement d'ailleurs) du « syndrome de la cabane » (la difficulté pour les détenus libérés de sortir de leur chambre ou de leur domicile). C'est excessif d'évoquer ce syndrome avec le déconfinement, mais on constate des similitudes chez certaines personnes. En tous cas, le déconfinement a fait naître davantage d'incertitudes, au lieu de les réduire.

Cela remet-il en cause l'évolution de la clinique psychiatrique de ces dernières années ? Je ne le crois pas, l'angoisse reste dans les fondamentaux de la psychiatrie, elle peut s'incarner sous forme de multiples symptômes, mais je ne crois pas que cette crise y change quoi que ce soit. En revanche, on insiste sur ce que l'angoisse peut constituer comme moteur de la souffrance psychique.

Lucile Schmid :

Vous avez, en tant que responsable de pôle, des responsabilités d'ordre administratif et logistique. On voit bien, à travers le panorama décrit depuis le début de l'émission, la difficulté de l'Etat français à imaginer et structurer un

avenir pour la psychiatrie. C'est pourquoi j'aimerais revenir sur la façon dont on devient psychiatre aujourd'hui, la formation, le lien entre les médecins et les infirmiers au quotidien ... Comment est-ce que les choses se passent ? Où est le manque criant de moyens exactement ? La formation des psychiatres est-elle satisfaisante ? Je voyais qu'il n'y a pas de concours particulier pour le devenir, que beaucoup de postes en sont pas pourvus, que d'une certaine façon on peut choisir la psychiatrie « par défaut » ... Qu'en pensez-vous ? On ressent en vous écoutant, que l'analyse du psychiatre, l'incertitude, et même la « contingence » (ce qui pourrait ne pas être) sont très importants pour comprendre la complexité. Comment expliquer que l'avenir de la psychiatrie soit aussi difficile à organiser en termes de choix collectifs ?

Raphaël Gaillard :

A propos de la formation des psychiatres, d'abord. C'est une discipline médicale qui fait l'objet d'un choix au moment du concours des « épreuves plaçantes nationales » (qu'on appelait autrefois l'internat). Un futur psychiatre fait sa première année de médecine, puis son deuxième cycle d'études médicales, passe ce concours et choisit, en fonction de son classement, sa discipline et sa ville d'affectation. Dans l'ensemble, et sans qu'on en tire des conclusions hâtives, l'attractivité des disciplines est proportionnelle à l'espérance de revenus de chacune d'entre elles. C'est en partie pourquoi cardiologie, dermatologie, ophtalmologie, radiologie sont très choisies. Les disciplines très cliniques et ne reposant pas sur des actes particulièrement techniques, mais essentiellement sur l'interaction entre deux êtres humains, comme la médecine générale, la psychiatrie, la gériatrie sont au contraire moins courues.

Cela aboutit-il à un désavoue de la psychiatrie ? Statistiquement, il semble que oui : les futurs psychiatres ne sont pas les mieux placés au concours de l'internat. On peut cependant modérer ce constat, car il y a aujourd'hui un attrait nouveau pour la psychiatrie, venant des neurosciences, un champ immense de

connaissances pour les jeunes chercheurs. Il y a donc deux populations qui choisissent la psychiatrie : quelques personnes très brillantes voulant faire à la fois de la recherche et de la clinique, attirées par le potentiel des neurosciences, et puis des personnes pas très bien classées à l'examen national. Je ne veux pas insinuer par là qu'il s'agit d'un choix par dépit, mais on constate que la répartition des choix se fait ainsi.

Quant à l'exercice de la psychiatrie, je ne sais pas si la problématique est tant liée à ce choix qu'à la situation très spécifique de cette discipline dans le champ sanitaire, et notamment le fait qu'elle n'est pas tarifée à l'activité. Pour mémoire, aujourd'hui les disciplines dites « MCO » (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) sont rémunérées à l'activité, y compris à l'hôpital public, qui voit sa dotation évoluer selon l'activité. L'effet pervers de cette tarification est une incitation à l'activité, plutôt qu'un raisonnement par rapport aux objectifs ; autrement dit de multiplier l'activité au détriment du but : la santé. La psychiatrie échappe à cela, et à mon avis c'est heureux, mais il y a quand même eu des effets pervers, à savoir qu'on n'a du coup absolument pas mesuré l'activité de cette discipline.

Or l'activité de la psychiatrie a considérablement augmenté ces dernières décennies, en même temps que ses moyens diminuaient. On est par exemple passé de 120 000 lits en 1980 à 41 000 en 2016. On a donc divisé par trois. C'était motivé par la pression économique, mais aussi par une idéologie (je n'y mets pas de connotation péjorative) : ne plus hospitaliser, mais construire une psychiatrie dans la cité, essentiellement ambulatoire. Limiter au maximum le modèle asilaire, consistant à « enfermer » des individus. C'était une idée tout à fait louable, construite sur le secteur, une merveilleuse trouvaille française de 1960, mais c'est aussi allé trop loin. Parce qu'on sait tout ce que le terme d'asile charrie de connotations négatives, mais il signifie aussi protection. Aujourd'hui nous sommes dans une situation où il devient extrêmement difficile d'hospitaliser un patient en souffrance, il faut des acrobaties administratives toujours plus difficiles pour pallier à l'insuffisance de lits.

On a aujourd'hui atteint un déséquilibre dont il sera très difficile de sortir. Et on le doit à mon avis moins à la formation elle-même qu'aux choix qui ont été faits quant à la fermeture de lits.

Philippe Meyer :

Ayant commencé ma vie professionnelle en faisant de la recherche avec les pionniers de la psychiatrie de secteur, notamment avec Philippe Paumelle (dont le nom me paraît injustement oublié), je puis vous dire que la psychiatrie de secteur n'avait pas fait de l'asile un repoussoir absolu, contrairement à une autre partie des mouvements psychiatriques de l'époque (particulièrement ceux qu'on a appelés les « anti-psychiatres »). Elle avait simplement essayé de minimiser le recours à l'asile, et de multiplier les autres possibilités d'intervention.

Béatrice Giblin :

J'aimerais revenir sur cet « abandon » de la politique de secteur. C'est sans doute pour une question de moyens, mais il doit aussi y avoir de grandes différences selon les situations géographiques. Une agglomération dense comme Paris n'offre probablement pas les mêmes recours que des « déserts psychiatriques » où les médecins manquent. Cette situation, indéniablement grave, est-elle une spécificité française, ou la retrouve-t-on ailleurs ? La psychiatrie est-elle aussi le parent pauvre de la médecine dans les autres pays ?

Philippe Meyer :

Je rappelle que vous présidez le congrès de l'encéphale, qui réunit chaque année un grand nombre de psychiatres francophones.

Raphaël Gaillard :

En effet, ce sont un peu plus de 4 000 psychiatres qui y participent chaque année. Et puis évidemment, au titre de notre activité universitaire « normale »,

nous échangeons beaucoup avec de nombreux psychiatres un peu partout dans le monde.

Je crois que le caractère spécifique, isolé, voire stigmatisé de notre activité est commun à tous les pays. Il n'y a pas d'endroit où le trouble mental ne soit pas stigmatisé. Et ce stigmate ne s'applique pas qu'au patient, mais également au soignant, ainsi qu'à ses interventions. On pourrait par exemple citer les psychotropes ... Chaque pays traite ce même problème à sa façon, et aucun n'a de solution parfaite.

Il y a cependant une spécificité française forte, et elle n'a guère d'équivalent : le secteur. Je rappelle brièvement ce que c'est : pour toute domiciliation, il existe une équipe de soins de psychiatrie. Une espèce de carte scolaire : si vous résidez à tel endroit, vous dépendez de telle équipe. Le secteur est donc cette unité géographique d'environ 70 000 habitants.

Ce type d'organisation me paraît essentiel, dans la mesure où il permet de limiter les effets du stigmate, à savoir le risque d'oublier le patient. Cette sectorisation est en effet associée à l'obligation de soins. Par rapport aux autres disciplines médicales, la psychiatrie a ceci de particulier qu'elle est en droit de contraindre un individu à recevoir des soins. Mais la réalité de l'exercice de la psychiatrie, ce n'est pas l'obligation de soins des patients, mais celle des soignants, c'est à dire que si un individu est en souffrance, le secteur correspondant a l'obligation de lui prodiguer des soins. C'est une organisation qui est vraiment remarquable, et aux endroits du monde où elle n'existe pas, on observe des situations de détresse psychique tout à fait tragiques. Je pense par exemple aux Etats-Unis, où il suffit de se promener dans la rue pour constater que les personnes souffrant de troubles mentaux sont SDF (quand ils ne sont pas en prison ...).

Cette organisation en secteur est donc très précieuse, puisqu'elle définit une obligation de soins. Evidemment, elle a aussi des inconvénients, que votre question évoquait : qu'est-ce qu'un secteur parisien par rapport à un secteur dans la Creuse ? 70 000 habitants dans Paris, c'est organisé très différemment

de 70 000 dans la Lozère ... Il ne s'agit pas du tout de la même entité, et il nous faut absolument être capables de faire évoluer le secteur, afin qu'il rende compte de cette disparité. Ce n'est pas le cas aujourd'hui, et c'est peut-être dû à l'effet pervers de l'absence de mesure de l'activité que j'évoquais plus haut. Aujourd'hui chaque secteur sédimente une espèce d'histoire locale, sans réelle possibilité d'évolution, et ce n'est pas satisfaisant.

Je prends l'exemple du psychotraumatisme. Pour différentes raisons, la France, qui avait beaucoup travaillé l'enjeu du psychotrauma, s'en est beaucoup détachée. Il se trouve que cet enjeu est malheureusement redevenu majeur, suite aux attaques terroristes. Il a donc fallu réinventer une offre de soins dans ce champ, mais il était difficile de la faire à partir du secteur, puisqu'on ne pouvait pas dire du jour au lendemain à chaque équipe : « trouvez-vous un nouveau soin adapté au psychotrauma, en plus de ce que vous faites déjà ».

Le secteur est garant de la prise en charge des patients, et c'est quelque chose de précieux qu'il faut absolument protéger. Mais il faut également le faire évoluer, car il est aussi facteur d'immobilisme.

Marc-Olivier Padis :

Je voudrais vous interroger sur les rapports entre la psychiatrie et la gériatrie. Les patients de la psychiatrie sont souvent les oubliés de la médecine, mais à certains égards, c'est aussi le cas des personnes âgées dans notre société. Avec le vieillissement général de la population et l'allongement de la durée de vie, on voit émerger des besoins de prise en charge pour des pathologies mentales (dépression, troubles dégénératifs, etc.). On constate qu'aujourd'hui dans les EHPAD, beaucoup de résidents prennent des psychotropes. Comment pensez-vous cette relation entre psychiatrie et gériatrie ?

Raphaël Gaillard :

Elle est en pleine évolution, car une nouvelle spécialité vient de naître : la

psychiatrie de la personne âgée, née de la prise de conscience qu'il y a un enjeu d'interaction entre les deux disciplines, et qu'il fallait l'organiser.

D'abord, le vieillissement de la population générale et/ou l'allongement de la durée de vie a rendu cet enjeu majeur dans tous les pays développés, et il faut construire une prise en charge des individus qui ne soit pas que celle de la dépendance ou du handicap. Quand vous évoquez les psychotropes dans votre question, on sent qu'il s'agit de cas où il en est fait un mauvais usage, à savoir qu'ils remplacent l'interaction humaine, autrement dit, pour ne pas avoir à écouter la personne, on lui donne un médicament ... C'est une problématique type de la psychiatrie : le lien humain, et ce que nous, psychiatres, voulons en cultiver. C'est toujours difficile, particulièrement dans ce contexte de distanciation sociale, mais il est évident que les questions du devenir des personnes âgées, ou de la souffrance psychique, posent celle, plus large, du lien social. Cela ne veut pas dire qu'il faille opposer psychotropes et psychothérapie, il s'agit de reconnaître que la prise de médicaments doit être accompagnée de l'interaction humaine. On est en train d'évoluer vers une interaction plus forte entre gériatrie et psychiatrie, encore faut-il se poser la question des moyens, puisque les forces vives de la psychiatrie sont déjà passablement débordées, et qu'on ne peut pas les réorienter totalement, sans quoi les autres soins en pâtiront.

Béatrice Giblin :

Nous n'avons pas évoqué la psychiatrie liée aux problèmes d'addiction. Il me semble qu'on ne donne pas suffisamment de moyens dans ce pays pour traiter ces problèmes, par exemple l'alcoolisme. Partagez-vous cette impression ?

Raphaël Gaillard :

Sur les conduites addictives, force est de constater qu'elles sont toujours aussi fréquentes, même si leur nature évolue. De l'addiction à des substances (toxicomanie), on voit aujourd'hui émerger des addictions dites « sans

objet » : comportementales (jeux vidéo, pornographie ...) C'est tout un champ d'exercice de l'addictologie qu'il faut repenser à travers ces addictions à autre chose que des substances.

Par ailleurs, la difficulté de l'addictologie est qu'elle ajoute encore du stigmat par rapport aux autres pathologies. Il y a un réflexe, que je qualifierais volontiers de judéo-chrétien, qui est celui de la pénitence. Le modèle de l'addictologie a longtemps été celui du sevrage et de l'abstinence. Il reste pertinent pour certains patients bien évidemment, mais d'autres pays ont une conduite beaucoup plus pragmatique, qui est celle de la réduction de la consommation. Plutôt que de chercher ce « Graal » de l'abstinence (il y a souvent des considérations quasi-religieuses dans cette recherche), il s'agit de minimiser les risques liés à une conduite addictive en cherchant, non pas à supprimer définitivement la conduite addictive, mais à en limiter les conséquences. Il y a eu un changement de paradigme en addictologie, qui consiste à repérer les nouvelles conduites addictives, à ne pas oublier les anciennes, et à mettre au point de nouvelles stratégies pour réduire les risques d'une consommation, plutôt que de viser l'abstinence, une ambition tout à fait discutable, et en tous cas inadaptée à bon nombre de patients.

Lucile Schmid :

Dans le texte dont parlait Philippe Meyer en introduction, la psychiatrie est qualifiée de discipline « bio-psycho-sociale ». Il y a là l'idée qu'il s'agit de réunir quelque chose de très social, très quotidien, au champ de la recherche et de son horizon si vaste. Comment maintient-on ces éléments ensemble ? Quel est le lien entre le médecin généraliste (qui voit passer des personnes déprimées dans son cabinet) et le psychiatre ? Et comment maintient-on ce lien avec la recherche, qui a des côtés plus palpitants ? Vous nous avez dit que les patients en psychiatrie avaient été moins touchés qu'on ne le craignait par la Covid-19, comment expliquez-vous cette meilleure résistance ? Comment est-ce que tout cela tient

ensemble, et que nous dit la psychiatrie de la médecine en général ?

Raphaël Gaillard :

Revenons à la façon dont le coronavirus a atteint la psychiatrie. Nous nous attendions à un désastre sanitaire au début de la crise, d'abord parce que nous étions complètement sous-équipés, mais aussi parce que la culture psychiatrique est celle du lien social, et justement pas de la distanciation : dans un hôpital psychiatrique, les patients déjeunent et dînent ensemble, pas chacun dans leur chambre. De plus, bon nombre de nos patients pouvaient ne pas bien comprendre les règles de distanciation sociale, et d'autres étaient atteints de comorbidités (surpoids, diabète) dont on sait qu'elles sont particulièrement risquées avec le coronavirus.

On avait donc toutes les raisons de craindre le pire. La surprise a donc été heureuse, et quasiment miraculeuse, puisque nos patients ont vraiment été très peu atteints par le virus. Sur le pôle dont je suis responsable, nous avons eu environ 20% des soignants présentant des symptômes évocateurs (et on ne sait pas s'il s'agissait du virus puisque très peu ont été testés), mais seulement 3% chez les patients. Et cette proportion s'est retrouvée de façon absolument similaire dans tous les autres secteurs du pays, ainsi qu'en Espagne, en Italie, et même en Chine. Manifestement, nos patients ne sont pas ou très peu atteints de formes sévères de cette maladie.

Cela nous a évidemment amenés à nous interroger sur ce qui pouvait les protéger. Plusieurs pistes sont à l'étude, ayant trait au statut immunitaire des patients, aux traitements qu'ils reçoivent (certains psychotropes seraient protecteurs), à la nicotine ... Ces études seront peut-être fructueuses pour la lutte contre le coronavirus. Évidemment, n'étant pas marseillais, nous testons rigoureusement et donc tout cela prend du temps.

Ce que pointe votre question, c'est la forme d'enthousiasme qui peut animer le psychiatre. Il tient à deux choses : tout d'abord l'immensité de la tâche à

accomplir pour ce qui est de la compréhension du cerveau. Il y a là véritablement un continent à explorer, et c'est effectivement très excitant. Il est cependant à peu près certain que nous ne maîtriserons pas l'ensemble de ces questions dans les cinq années à venir. Je crois que quand quelqu'un choisit cette discipline en voulant faire de la recherche, il se dit que la tâche est si vaste qu'il ne sera jamais guetté par l'ennui. Mais même chez les psychiatres ne faisant pas de la recherche, je crois qu'il existe toujours une forme de fascination pour ce que peut être le fonctionnement psychique d'un individu souffrant d'un trouble mental (fascination qui n'empêche pas de soigner, je m'empresse de l'ajouter) et je crois qu'il en sera toujours ainsi.

Alors que faire de ce mot : « bio-psycho-socialist » ? Il réunit effectivement les différentes « entrées » possibles dans le fonctionnement d'un individu. C'est à la fois une formule qui est satisfaisante parce qu'elle est œcuménique, mais qui est aussi à mon avis un peu suspecte. Pour ma part, je la crois tentée par le dualisme, qui consiste à séparer radicalement la biologie de la psychologie et des déterminants sociaux. Or je crois que philosophiquement, ce dualisme n'a pas de sens. Les éléments psychologiques ou sociaux s'incarnent eux aussi. Cela ne signifie pas que la seule porte d'entrée soit les psychotropes ou la neuro-stimulation, la psychothérapie est elle aussi une façon de soigner. Mais elle aussi a des effets sur le cerveau, ce n'est pas que de la parole. Je pense donc que ce mot de « bio-psycho-social » est potentiellement trompeur, on peut le suspecter de séparer ces termes qu'il prétend rassembler.

Philippe Meyer :

Vous évoquez à plusieurs reprises dans vos publications « la recherche immédiate de coupables » et « l'effritement de la contingence ». Pouvez-vous nous en dire davantage sur ces deux expressions ?

Raphaël Gaillard :

La contingence (« ce qui pourrait ne pas être ») est normalement quelque chose qui amène à suspendre son jugement, c'est-à-dire à s'étonner à prendre le temps de cet étonnement. Et je crois qu'on a de plus en plus de mal à prendre ce temps de l'étonnement. On est sommé de plus en plus rapidement de fournir des explications, et qui plus est des explications causales la plupart du temps (ce qui n'a guère de sens en sciences, où l'on cherche les mécanismes à l'œuvre, et non les causes, qui sont davantage du ressort du métaphysicien). Il est de plus en plus difficile aujourd'hui de faire le constat qu'on ne comprend pas. Cette crise du coronavirus a été celle de la compréhension avant tout. Y compris dans le champ médical. En France par exemple, on a commencé à faire face à la crise à partir d'idées reçues quant à ce qu'est ce virus, qui se sont avérées largement fausses. Quand on constate notre absence de connaissances, notre premier réflexe devrait être celui de l'étonnement et d'une forme de suspension du jugement, avant de mettre en place les moyens de comprendre.

Facile à dire, mais très difficile à faire en réalité. Car la tentation constante dans une situation d'incertitude est de créer un fil narratif qui explique les choses. Des expériences de psychologie sociale remarquables ont été menées dans ce domaine ; elles montrent que si vous induisez de l'incertitude chez un individu (par exemple en le faisant jouer à un jeu de cartes dans lequel rien ne se passe suivant les règles qu'on lui a expliquées), il adhère statistiquement bien plus souvent à des perceptions faisant sens. Il verra bien plus souvent une forme dans un test de Rorschach par exemple. Il est aussi plus prompt à croire à des superstitions, voire à des théories conspirationnistes.

Marc-Olivier Padis :

Votre dernière remarque me fait penser à un entretien que le philosophe Juergen Habermas avait accordé au journal *Le Monde* au début de l'épidémie, dans lequel il rappelle que le propre du régime démocratique c'est justement l'incertitude. Ce qu'on y voit à l'œuvre est la décision politique dans un contexte

d'incertitude. Ce que vous dites ouvre des réflexions sur les conséquences politiques : nous sommes nécessairement dans des situations d'incertitude (et de malaise) dans les régimes démocratiques.

La psychiatrie est un domaine qui ne manque pas de querelles de chapelles, mais vous donnez l'impression que ces querelles ont vocation à disparaître, quand vous rappelez que ce qui compte, c'est le lien humain, et qu'il ne faut pas opposer la psychothérapie aux médicaments, l'importance des neurosciences ... On a l'impression à vous écouter toutes sortes de clivages sont appelés à être dépassés, alors que je les croyais bien installés. Pensez-vous que la psychiatrie entre dans un nouveau cycle ?

Raphaël Gaillard :

Je pense qu'il y a effectivement un effet générationnel qui est à l'œuvre. Il y a eu une cristallisation des conflits (parfois très violents) entre les tenants des différentes conceptions de la psychiatrie, différentes obédiences. Mais il me semble que le choix de la jeune génération est tout à fait transversal à ces querelles de clochers. Une forme de pragmatisme dans les choix des jeunes psychiatres ne reflète absolument plus la violence de ces conflits.

C'est avant tout une très bonne chose, car ces divisions ont fait beaucoup de mal, sans compter qu'elles ont toujours été instrumentalisées politiquement, pour promouvoir certains groupes. On peut en même temps se poser la question de ce qui fera la cohérence de la trajectoire d'un individu choisissant la psychiatrie. Chez les étudiants américains, on décrit ce fonctionnement par le terme de *shopping around* (« faire son marché ») : on prend un peu de ce qu'on aime dans chaque chapelle, et on en fait son cursus sans qu'il y ait réellement de colonne vertébrale.

Il me semble qu'une bonne façon de faire de la psychiatrie est de se méfier des idéologies, donc ne pas entrer dans les querelles anciennes, mais aussi de

s'efforcer de cultiver au moins un exercice spécifique de façon plus extensive, parce qu'il faut pouvoir naviguer à partir d'un exercice plus spécifique.