

Sous la direction de Sophie Gherardi, Héloïse
Lh  r  t   et Jean-François Marmion

Les troubles mentaux



Comprendre et combattre
nos ennemis intimes.

  ditions
SCIENCES
HUMAINES

Sous la direction de
Sophie Gherardi, Héloïse Lhérété
et Jean-François Marmion

Les troubles mentaux

Comprendre et combattre
nos ennemis intimes.

Maquette couverture et intérieur: Isabelle Mouton

Crédits couverture: © Fajar P. Domingo

Retrouvez nos ouvrages sur
www.scienceshumaines.com
www.scienceshumaines.com/editions

Diffusion/Distribution : Interforum

En application de la loi du 11 mars 1957, il est interdit de reproduire
intégralement ou partiellement, par photocopie ou tout autre moyen,
le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou
du Centre français du droit de copie.

© **Sciences Humaines Éditions, 2026**

38, rue Rantheaume

BP 256, 89004 Auxerre Cedex

Tél.: 03 86 72 07 00/Fax: 03 86 52 53 26

ISBN = 9782361069674

Introduction

Souvent, se comparer, c'est se consoler. En 1954, l'étude «Midtown Manhattan» estimait que 81,5% des New-Yorkais présentaient des symptômes de trouble mental. Même mises bout à bout, toutes les psychopathologies qui affectent aujourd'hui la population française sont loin d'approcher ce chiffre! Ah, alors ça ne va pas trop mal, penseront les plus optimistes. C'est à voir. La santé mentale n'est pas une mince affaire. Être en bonne santé mentale suppose, selon l'Organisation mondiale de la santé, «un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté». Bigre! Pour s'accorder 10 sur 10 à tous ces critères, il faut être sacrément satisfait de sa vie – avec peut-être une tendance narcissique (trouble de la personnalité) ou euphorique (trouble bipolaire)... Si le bien-être mental est une manière d'être au monde active et positive, sans douleur ni inquiétude, on voit bien qu'il ne saurait être que transitoire. Chacun de nous, en fonction de ses variables biologiques et de son environnement, risque fort de faire l'expérience des troubles mentaux. Ou d'en rencontrer autour de soi.

Ce livre, qui présente la large palette des psychopathologies, entend surtout montrer dans quel état se trouve notre psychisme – individuel et collectif – en cette première moitié du 21^e siècle. Depuis la pandémie de covid, les indicateurs de la santé mentale se sont dégradés, notamment chez les jeunes. Il y a davantage d'idées et de tentatives de suicide, de dépressions, de troubles anxieux... Pourtant, les spécialistes qui s'expriment dans nos pages font tous apparaître une forme d'espoir. Oui, les troubles mentaux, des plus modérés aux plus graves, peuvent se soigner et, sinon se guérir, du moins s'équilibrer, s'atténuer, devenir plus supportables. Les patients et leur entourage sont des

Les troubles mentaux

acteurs de cette approche moins fataliste des troubles mentaux. Le « tout médicament » ne règne plus en maître, pas plus que le « tout psychothérapie ». Contre l'ennemi intime qui peut nous faire tant souffrir, l'arsenal s'enrichit, renforcé par des recherches tous azimuts. À condition d'avoir accès aux soins, mais c'est là une autre histoire...

Sophie Gherardi

Partie I

Troubles en clair

Chaque trouble mental est un récit

Depuis trois quarts de siècle que fourmillent les enquêtes épidémiologiques, les chiffres sont constants : la plupart d'entre nous feraient au moins une fois au cours de notre existence l'expérience d'un trouble mental. Une recherche plus récente, menée dans 29 pays, estime qu'un humain sur deux souffre, a souffert ou souffrira d'un trouble ! À commencer par la phobie, la dépression, l'abus d'alcool ou le stress posttraumatique¹.

Troubles à gogo

Vu l'état apparent de notre espèce, les plus cyniques considéreront peut-être que 25 ou même 50 %, c'est bien peu : il n'empêche, la fourchette n'est pas anodine... Elle ne nous dit pourtant pas grand-chose, tant les troubles mentaux sont variés dans leurs manifestations, leur intensité et leur gravité. La dépression, qui toucherait 5 % des adultes à un moment ou à un autre, est très différente de la schizophrénie, qui en affecterait 0,3 %, et pourtant, on parle bien de « troubles mentaux » pour les deux cas de figure. Avoir peur des hauteurs, se retrouver paralysé par la timidité, exploser de colère sans crier gare, se sentir tout-puissant par le viol, consacrer sa vie à gagner du pouvoir en piétinant ses rivaux, consommer toujours plus d'alcool en roulant toujours plus vite, se masturber en pensant à des enfants, refuser de prendre un ascenseur, ne pas parvenir à surmonter un deuil, jouer compulsivement aux jeux de grattage ou attaquer des innocents dans la rue à coups de marteau pour gagner le paradis, tout cela, c'est du « trouble mental ».

1- J. J. McGrath *et al.*, « Age of onset and cumulative risk of mental disorders. A cross-national analysis of population surveys from 29 countries », *The Lancet Psychiatry*, vol. X, n° 9, septembre 2013.

Bon nombre donnent lieu à des querelles parfois byzantines pour déterminer leur validité scientifique : syndrome de Diogène (accumulation de vieilleries et détritrus), syndrome de Jérusalem (crise mystique contractée dans la Ville sainte), syndrome de Paris (affectant certains Japonais déçus par la capitale française jusqu'au traumatisme), syndrome de Stendhal (syncope devant la magnificence d'une œuvre d'art), addiction sexuelle, perversion narcissique, sans oublier les paraphilies les plus sordides ou les plus exotiques (si vous rêvez assidûment de câliner E.T. l'extraterrestre, félicitations, vous êtes exobiophile)... En cherchant bien, on déniche ainsi des centaines de troubles dont la majorité des professionnels de santé mentale ne croiseront jamais un spécimen dans toute leur carrière. À ce régime, il apparaît miraculeux de se sentir sain d'esprit (et ça cache sans doute quelque chose...). Parallèlement, bien sûr, pullulent des milliers de psychothérapies idoine à l'intitulé grandiose dont 99 % ne présentent comme gage d'efficacité que le seul charisme de leur concepteur.

Au vu du tohu-bohu, on comprendra qu'il faille classer au moins les plus avérés d'entre les troubles pour tenter de mieux les comprendre. Oui, mais comment ? Les « pys » ne se contentent pas d'observer les troubles mentaux tels des naturalistes constituant des familles de fougères ou de papillons dont les grandes lignes se voient rarement bouleversées au fil des découvertes. Au contraire, les classifications des troubles mentaux se suivent depuis des siècles et ne se ressemblent pas toujours, tant ces troubles se révèlent volatils, bien trop pour se laisser aisément épingler.

Certains troubles mentaux ne sont pas considérés comme tels de manière immémoriale : l'anorexie mentale était saluée jadis comme une grâce chez de grandes figures religieuses comme sainte Catherine de Sienne (il était même question de « sainte anorexie »). D'autres n'ont pas toujours été indésirables pour les mêmes raisons qu'aujourd'hui : au Moyen Âge toujours, si la dépression, ou plutôt la mélancolie, sentait le soufre, particulièrement chez les moines où on la nommait « acédie », c'est qu'elle signalait un individu insatisfait de sa condition humaine et de l'ordre du monde voulus par Dieu.

D'autres troubles encore sont observés dans certaines cultures uniquement et restent inconnus au bataillon dans la nôtre, tel le syndrome de Koro, crise de panique (parfois collective) relative au pénis dont on redoute la rétraction spontanée dans le bas-ventre, ou son chapardage par des esprits (dans certaines sociétés asiatiques ou africaines respectivement).

Tout est (relativement) relatif

Certains troubles changent de nom et/ou de statut. Dépression, bipolarité et paraphilie ont respectivement remplacé mélancolie, psychose maniaco-dépressive et perversion, tandis que l'autisme a constitué le cœur de la catégorie des « troubles envahissants du développement » avant celle des « troubles du spectre autistique ». Un autre exemple, et on a peine à le croire aujourd'hui, concerne l'homosexualité : le *DSM* de la psychiatrie américaine (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) a attendu 1973 pour officiellement la dépathologiser, tandis que l'Organisation mondiale de la santé, avec sa partie spécifique de la *CIM* (*Classification internationale des maladies*), a lambiné jusqu'en 1990 ! D'autres troubles n'ont pas été normalisés mais ont purement et simplement disparu, comme l'antique hystérie, attrape-tout de la psychiatrie appliquée aux femmes. Le changement de regard change la grille de lecture. On oserait presque parler de principe d'incertitude applicable à la psychopathologie.

Les fougères et les papillons, eux, ne se métamorphosent pas selon les attentes et les présupposés du passionné qui les collecte... Leur nombre n'est pas indéfiniment élastique non plus. Or, on dénombrerait aujourd'hui 200 et quelques troubles mentaux... ou plus de 450, selon les chapelles !

Entre marché et foire d'empoigne

Les classifications actuelles, dont les principales sont le *DSM* et la *CIM*, ne cessent donc d'être repensées, révisées, revisitées, pour actualiser, affiner et répercuter les connaissances. Avec des enjeux déterminants pour les personnes concernées. Allen Frances, professeur émérite de psychiatrie et rien moins que le coordonnateur de la quatrième édition du *DSM*, a fait son *mea culpa* public en déplorant d'avoir sans doute contribué à surdiagnostiquer l'autisme, les troubles bipolaires et l'hyperactivité, entre autres². C'est d'autant plus problématique que les troubles mentaux sont la tête de gondole d'un marché qui représente un chiffre d'affaires annuel de 1 500 milliards de dollars pour l'industrie pharmaceutique, toujours volontaire pour écouler ses molécules. Certes, celles-ci sauvent des vies quand elles sont prescrites à bon escient. Mais la prudence est de mise quand on voit que 80 % des

2- A. Frances, *Sommes-nous tous des malades mentaux ? Le normal et le pathologique*, Odile Jacob, 2013.

prescripteurs américains d'antidépresseurs sont les généralistes, qui ne sont pas formés à la santé mentale. Ou qu'aux États-Unis, une prise en charge, pour avoir une chance d'être remboursée, doit correspondre à un trouble dûment répertorié dans le *DSM* et donnant lieu à une prescription médicalemente, au terme d'une consultation qui dure en moyenne... sept minutes.

Pour couronner le tout, les classifications actuelles ne sont pas à l'abri d'une prochaine révolution qui pourrait complètement rebattre les cartes : l'intelligence artificielle, qui va agréger et analyser des données statistiques et biomédicales comme jamais auparavant. Impossible de prédire quels troubles seront diffractés, recombinaés, rebaptisés, ni quel nouveau regard sera désormais porté sur eux, avec quelles répercussions sur leur prise en charge et quelle redéfinition des normes sociales.

Qu'est-ce à dire ? Que tout savoir sur la psychopathologie repose sur du sable ? En tout cas, pas sur du marbre. Un trouble mental s'inscrit non seulement dans le corps de celui qui le vit, mais dans l'œil de celui qui regarde et le nomme comme tel.

Jean-François Marmion

Symptômes Galaxies et nébuleuses

D'où viennent les troubles mentaux ? En des temps pas toujours antédiluviens, on attribuait leur apparition à l'immiscion d'esprits, l'ingérence de(s) dieu(x), un déséquilibre d'hypothétiques humeurs corporelles (dont la fameuse bile noire ou *melancholia*), les frappes d'un destin aveugle, ou encore les turlupinades de la matrice chez les femmes (« hystérie » dérive d'« utérus »). La fin du 20^e siècle a entériné que les ingrédients des troubles mentaux relèvent en réalité d'une dynamique dite « bio-psycho-sociale » totalement imprévisible : un zeste de nature (avec une vulnérabilité génétique de mauvais augure) entrant en émulsion avec une forte dose de personnalité (n'oublions jamais l'irréductible unicité de tout individu et de son histoire), le tout saupoudré d'un environnement social trop riche en injonctions et interdictions familiales et culturelles (sans oublier le rôle récemment étudié de multiples autres facteurs environnementaux : complications intra-utérines, alimentation douteuse, microbiote intestinal, pesticides, exposition aux écrans). En est-on beaucoup plus avancé ?

Dans la psychiatrie d'aujourd'hui, avec des critères de définition objectifs mis en vigueur par le psychiatre Emil Kraepelin, disparu voici un siècle, on s'intéresse de toute façon à l'observation des symptômes, pas à leur origine présumée. Par pragmatisme et par prudence, depuis la troisième édition du *DSM* en 1980, description et diagnostic des troubles se veulent expressément athéoriques : exit la théorie explicative psychanalytique qui avait imprégné la psychiatrie des trois décennies précédentes. Aujourd'hui, finie aussi la dichotomie entre les névroses (déséquilibre subjectif né d'un conflit intérieur, dont l'individu était conscient) et les psychoses (perte de contact avec la réalité à l'insu du sujet), même s'il est encore question de « troubles psychotiques » uniquement.

Les symptômes vont et viennent, et c'est leur fréquence, leur intensité, leurs regroupements et leur synergie qui orientent vers un diagnostic. Aucun n'est spécifique à un trouble : même le délire ou l'hallucination ne sont pas propres à la schizophrénie mais peuvent se retrouver dans le trouble bipolaire ou la dépression sévère, par exemple.

En matière de symptômes, le critère n° 1 devant inciter à une consultation est notre seuil personnel de tolérance à la souffrance. De tolérance à la souffrance des autres, aussi, car ceux qui nous entourent, dans la famille, le cercle amical ou la sphère professionnelle, se trouvent atteints par ricochet. Par égard pour eux aussi, il arrive un moment où comprendre et agir relèvent moins d'une commodité que d'un impératif.

J.-F. M.

Inégalités de traitement : qui souffre ? qui consulte ?

— SOIN

Carence massive

L'Organisation mondiale de la santé estime que seules 25 % des personnes souffrant de troubles anxieux à travers le monde reçoivent un traitement. Même dans les pays et les milieux où l'accès aux soins est possible, on observe des disparités entre certains groupes de population. En France, le taux de prise en charge de la dépression et des troubles bipolaires est un peu meilleur chez les femmes que chez les hommes. On estime que 40 à 60 % des personnes souffrant de troubles psychiques n'y sont pas prises en charge.

— SOCIAL

La misère rend-elle fou ?

Les personnes sans emploi ou ayant un niveau d'études inférieur au baccalauréat, ou vulnérables sur le plan socioéconomique sont les plus touchées par les conduites suicidaires. Une étude menée en 2009 en Île-de-France montrait également qu'un tiers des personnes sans domicile souffrait de troubles psychiatriques sévères, et que la prévalence des troubles psychotiques était dix fois plus élevée chez ces personnes que dans la population générale.

— SEX RATIO

Les femmes plus touchées par la dépression

Les femmes sont bien plus touchées par la dépression que les hommes (15,6 % contre 9,3 % selon le Baromètre de santé publique France 2021). Elles sont jusqu'à deux fois plus affectées par les troubles anxieux, selon l'Institut national

de la santé et de la recherche médicale (Inserm), et souffrent dix fois plus de troubles du comportement alimentaire. La schizophrénie est au contraire 30 % plus élevée chez les hommes, ce qui s'explique sans doute en partie par un effet protecteur des œstrogènes sur l'humeur. Vers 60 ans, la prévalence de la schizophrénie devient au contraire un peu plus haute chez les femmes. En 2021, 4 % des adultes en France ont pensé à se suicider dans les 12 derniers mois, chiffre plus élevé chez les femmes, qui sont aussi plus nombreuses à avoir fait au moins une tentative de suicide.

— MORTALITÉ

Quand la maladie mentale tue

Les troubles mentaux sont associés à une espérance de vie réduite de 10 à 20 ans chez les personnes atteintes de schizophrénie, et de 10 ans en moyenne chez celles répondant aux critères de la bipolarité. On sait aussi que le covid a fait plus de morts chez les personnes atteintes de troubles psychiques chroniques. Parce que ces personnes sont plus touchées par les désordres métaboliques, le diabète, l'obésité (du fait de leur souffrance psychique, de certaines vulnérabilités biologiques, mais aussi de l'effet des traitements psychotropes) et parce qu'elles étaient plus isolées socialement.

Louise Morfouace

Classification : une hausse en trompe-l'œil

— NOSOGRAPHIE

Dis-moi quels sont tes critères...

Y a-t-il réellement une « épidémie » d'autisme, de bipolarité, ou encore de TDAH, comme on l'entend parfois ? Une réorganisation des critères diagnostics ou de nouvelles grilles sont à prendre en compte. Le passage de la psychose maniacodépressive à la catégorie de trouble bipolaire a par exemple fait glisser la maladie du côté des troubles de l'humeur. Là où, dans les travaux du psychiatre Emil Kraepelin (1856-1926), le premier à dessiner les contours de la folie manico-dépressive, la maladie était pensée comme une psychose, qu'il fallait distinguer de la démence précoce, ancêtre nosographique de la schizophrénie. Ces évolutions modifient les critères pour poser le diagnostic, et ont donc pour effet d'inclure de nouvelles personnes dans le périmètre de la pathologie et d'en exclure d'autres.

— DISPROPORTION

Miroir déformant

L'impression – fausse – d'une « explosion de cas » peut être induite par la médiatisation de certaines pathologies, comme ça a pu être le cas pour les troubles alimentaires, les troubles bipolaires, ou encore le trouble dissociatif de l'identité. Il en va de même du trouble de la personnalité borderline, estimé à 2 % dans la population générale, mais représentant 15 à 50 % des personnes suivies en psychiatrie, en ambulatoire et en institutions confondus. Cette médiatisation, si elle est parfois critiquée, permet aussi de libérer la parole. Cependant, le nombre d'épisodes dépressifs caractérisés a effectivement augmenté de 3,5 % entre 2018 et 2021, qu'on explique par le stress engendré par le covid.