

**& POINTS DE VUE
DÉBATS SCIENTIFIQUES**

Xavier Briffault

SANTÉ MENTALE, SANTÉ PUBLIQUE

Un pavé dans la mare des bonnes intentions



Jamais notre santé mentale n'a été l'objet d'autant d'attention par les pouvoirs publics. Qu'il s'agisse de nous éviter d'être déprimés, anxieux, en burn-out, agressifs envers nous-mêmes ou autrui, de trop manger, trop boire, trop fumer, etc., le dispositif de santé publique multiplie les programmes de prise en charge de notre mal-être.

Mais cela ne suffit plus : mieux vaut prévenir que guérir, dit-on, et il s'agit désormais d'intervenir très en amont des problèmes que l'on imagine devoir survenir. Dès notre naissance, et même avant, par exemple en formant les futurs parents à des méthodes d'éducation permettant d'obtenir des enfants garantis sans troubles mentaux ni comportementaux...

Les intentions sont bonnes. C'est évidemment pour notre bien et pour celui des autres que l'on se préoccupe de nous apprendre les bons comportements. Mais le bien qui est ainsi visé s'articule à une définition de la bonne vie, du bon humain, sur laquelle il est impératif de porter un regard critique, comme sur les moyens utilisés pour y parvenir, tant ce dispositif est susceptible d'avoir des conséquences majeures sur nos vies.

C'est l'objectif que se donne cet ouvrage, qui jette le pavé d'une analyse critique, statistiquement, sociologiquement et épistémologiquement informée, dans la mare des bonnes intentions *santémentalistes*.

Xavier Briffault est chercheur en sciences sociales de la santé au CNRS. Il est membre du Haut Conseil de la Santé Publique.

La collection *Points de vue et débats scientifiques*, créée et dirigée par Pascal Pansu et Alain Somat, traite de thèmes qui, au sein de la communauté scientifique, font débat et sont sources de polémique. Sans recourir à des jugements de valeur, les ouvrages de la collection s'ancrent dans une position critique et alimentent la controverse.



Presses universitaires de Grenoble
15, rue de l'Abbé-Vincent
38600 Fontaine
ISBN 978-2-7061-2594-2 [e-book PDF]
ISSN 2266-3169

Santé mentale, santé publique



Le code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a, d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle.

Création graphique de la couverture: Corinne Tourrasse

Relecture: Rose Mognard

Maquette intérieure et mise en page: Catherine Revil

© Presses universitaires de Grenoble, septembre 2016

15, rue de l'Abbé-Vincent – 38600 Fontaine

pug@pug.fr / www.pug.fr

ISBN 978-2-7061-2594-2 (*e-book PDF*)

L'ouvrage papier est paru sous la référence ISBN 978-2-7061-2566-9

Xavier Briffault

Santé mentale, santé publique

Un pavé dans la mare des bonnes intentions

Presses universitaires de Grenoble

La collection *Points de vue et débats scientifiques*, créée et dirigée par Pascal Pansu et Alain Somat, traite de thèmes qui, au sein de la communauté scientifique, font débat et sont sources de polémique. Sans recourir à des jugements de valeur, les ouvrages de la collection s'ancrent dans une position critique et alimentent la controverse.

—

DÉJÀ PARUS DANS LA COLLECTION

Blanchet A., *Les psychothérapies sont-elles rationnelles? Dire, faire dire et guérir*, 2016

Larivée S., *Quand le paranormal manipule la science. Comment retrouver l'esprit critique*, 2014

Pinsault N., Monvoisin R., *Tout ce que vous n'avez jamais voulu savoir sur les thérapies manuelles*, 2014

Guillaume F., Tiberghien G., Baudouin J.-Y., *Le cerveau n'est pas ce que vous pensez. Images et mirages du cerveau*, 2013

Pansu P., Dubois N., Beauvois J.-L., *Dis-moi qui te cite et je saurai ce que tu vaux. Que mesure vraiment la bibliométrie?*, 2013

« La science, guidée par la sensibilité humaine, s'emploie à abattre les barrières réelles ou imaginaires qui font obstacle aux soins et aux traitements. La nouvelle conception qui se fait jour est porteuse d'espoir pour les malades mentaux. [...] Nous avons les moyens et les connaissances scientifiques requis pour aider les gens qui souffrent de troubles mentaux et cérébraux. Malheureusement, tant les gouvernements que la communauté de la santé publique ont fait preuve de négligence. Par accident ou par dessein, nous sommes tous responsables de cette situation. En tant que principale organisation de santé publique dans le monde, l'OMS n'a pas le choix : il lui appartient de veiller à ce que notre génération soit la dernière à laisser la honte et la stigmatisation prendre le pas sur la science et la raison. »

Docteur Gro Harlem Brundtland, directrice de l'OMS, Introduction du Rapport de l'OMS *Rapport sur la santé dans le Monde 2001. Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*

L'ours allait à la chasse, apportait du gibier ;
Faisait son principal métier
D'être un bon émoucheur, écartait du visage
De son ami dormant ce parasite ailé
Que nous avons mouche appelé.
Un jour que le vieillard dormait d'un profond sommeil,
Sur le bout de son nez une allant se placer
Mit l'ours au désespoir ; il eut beau la chasser.
« Je t'attraperai bien, dit-il, et voici comme. »
Aussitôt fait que dit : le fidèle émoucheur
Vous empoigne un pavé, le lance avec roideur,
Casse la tête à l'homme en écrasant la mouche ;
Et non moins bon archer que mauvais raisonneur,
Raide mort étendu sur la place il le couche.

Rien n'est si dangereux qu'un ignorant ami ;
Mieux vaudrait un sage ennemi.

Jean de La Fontaine, *L'ours et l'Amateur des jardins*

Introduction



L'objectif de cet ouvrage est d'examiner un phénomène dont l'importance n'a cessé de croître au cours de la dernière décennie : l'intérêt majeur que porte le dispositif de santé publique à la santé mentale des populations et des individus. Le fait n'est pas totalement nouveau, mais jamais cet intérêt n'avait atteint une intensité et un niveau de structuration semblable à celui que l'on peut observer aujourd'hui. La santé publique s'intéresse à la santé mentale, en tant que concept, en tant que discipline scientifique, mais aussi et surtout, désormais, elle s'intéresse d'un point de vue *pratique* à *notre* santé mentale, celle de « la population » comme celle de chacun de ses individus. Ce phénomène, observable tant en France qu'au niveau international, s'étend sur trois dimensions.

D'une part, l'attention traditionnellement dévolue par le milieu psychiatrique aux « maladies mentales » « graves » – quelle que soit l'imprécision éventuelle dont ces termes ont pu être entachés depuis qu'il existe une discipline psychiatrique – s'est étendue aux « troubles mentaux » dits « caractérisés » (les *mental disorders* du DSM par exemple), qui ne sont plus *stricto sensu* considérés comme des *maladies* mentales, puis à la souffrance psychique, et enfin à la santé mentale, tout d'abord dans les altérations qu'elle pouvait subir, puis dans sa plus grande généralité comme santé mentale « positive ».

D'autre part, parallèlement, la focalisation principale sur le traitement, c'est-à-dire la prise en charge des troubles ou des maladies lorsqu'ils sont déjà présents, s'est élargie pour englober désormais

la prévention des troubles, prévention conçue comme devant être entreprise le plus précocement possible, c'est-à-dire pour un individu donné dès sa naissance, voire avant, par exemple en agissant sur ses (futurs) parents. Outre la *prévention* des troubles, le dispositif de santé publique a également étendu sa juridiction sur la *promotion* de la santé mentale, c'est-à-dire non plus seulement la tentative d'éviter des troubles, mais celle de développer dans la population des caractéristiques spécifiquement conçues comme relevant d'une santé mentale « positive ».

Enfin, ces deux accroissements des juridictions du dispositif de santé publique se sont accompagnés d'une politisation croissante des enjeux liés à la santé mentale. Dans les sociétés démocratiques contemporaines, la « bonne » santé mentale définit de plus en plus ce qu'est une vie « bonne », et constitue de plus en plus *raison d'agir*, qu'il s'agisse d'agir pour la préserver ou pour la développer.

S'agissant de santé publique, ce triple mouvement se présente évidemment comme œuvrant pour l'amélioration de la santé de la population, et plus généralement pour le bien-être, voire le bien, de celle-ci, et de chacun des individus qui la composent (Jourdan, 2012). Pour autant, et sans qu'aucun procès d'intention ne soit *a priori* intenté à ce dispositif, ce mouvement *bienveillant* mérite qu'on s'interroge sur les modalités de son développement, les spécificités de ses orientations, et ses conséquences envisageables. En effet, le caractère total (dans les thématiques, des maladies psychiatriques à la santé mentale positive; dans le temps, du prénatal au *post-mortem* (avec le deuil); dans l'espace, de la population dans son ensemble à chacun de ses sous-groupes à risque et jusqu'à chacun de ses individus) des ambitions de la santé publique dans ce domaine, laisse supposer que ce sera bientôt le tout de l'humain qui relèvera de la juridiction de son dispositif. Il est donc nécessaire de s'interroger sur le type de construction anthropologique qui s'opère en ces lieux où la santé publique commence à intervenir sur la santé mentale.

L'idée d'écrire cet ouvrage a pris naissance durant un projet d'implantation en France d'un programme nord-américain de formation aux « bonnes pratiques parentales » dans une perspective de prévention des troubles mentaux ultérieurs des enfants qu'une agence

gouvernementale de santé publique, que j'appellerai l'Établissement français de prévention en santé (EFPS)¹ souhaitait évaluer avant une diffusion de grande envergure, évaluation dont le suivi m'avait été confié. Les divers problèmes mis à jour en approfondissant le programme se sont révélés si importants que j'ai finalement recommandé de ne pas mettre en œuvre cette évaluation.

Plus tard, dans le cadre de mes fonctions au sein de la commission Prévention, éducation et promotion de la santé du Haut Conseil de la santé publique comme au sein d'une commission de la Haute Autorité de santé travaillant à la rédaction d'une recommandation de bonne pratique sur la dépression de l'enfant et de l'adolescent, j'ai à nouveau été amené à m'intéresser à la question de la constitution des pratiques parentales comme cible d'interventions formatives à visée préventive, dans le cadre de dispositifs de santé publique visant à la prévention de troubles mentaux ou à la promotion d'états spécifiques de santé mentale. Cette question a soulevé d'intenses débats techniques, éthiques, anthropologiques, politiques... parmi les membres des commissions, et j'ai éprouvé à de nombreux moments lors de ces débats toujours passionnants, et parfois vifs, l'envie d'avoir à ma disposition un ouvrage qui rassemblerait, sous une forme lisible et cohérente, les arguments qui m'étaient nécessaires pour soutenir la position que je défendais. Je ne l'ai pas trouvé, c'est pourquoi j'ai décidé de l'écrire.

Bien qu'il trouve sa motivation première dans les difficultés posées par un programme d'éducation aux pratiques parentales, cet ouvrage ne cherche pas à contribuer à la question des pratiques parentales en tant que telles, moins encore à des questions de parentalité ou de famille. Ce sont les modes d'appréhension de la santé mentale par la santé publique, tels qu'ils se révèlent de façon paradigmatique dans ce type de programme, et dans le fait de constituer la parentalité en facteur de risque de troubles ultérieurs d'un enfant à peine, ou pas encore, né, qui sont la cible de cet ouvrage, avec les stratégies d'intervention qui en découlent.

1. Pour des raisons de confidentialité des sources, les noms des institutions et personnes physiques constituant le terrain de l'analyse présentée dans cet ouvrage ont été systématiquement anonymisés.

Première partie



Analyse méthodologique et éthique
des interventions de santé publique
en santé mentale

CHAPITRE 1

La formation au formatage de la famille « scientifiquement validée »



S'il existe un domaine qui semblerait *a priori* échapper à toute possibilité de formalisation scientifique, la parentalité est de ceux-là. La relation parent(s)-enfant(s) est l'un des principaux lieux de développement et de construction de ce(s) dernier(s). Supposer une définition de cette relation et des lois d'exercice scientifiquement fondées, semble *a priori* également supposer une définition préalable et scientifique de l'humain en devenir auquel elle permet l'accès à la vie tout d'abord, à l'éducation et à l'humanité ensuite, à l'autonomie adulte enfin. Qu'est-ce qu'un être humain, qu'est-ce qu'un « bon » être humain, celui qu'une « bonne » parentalité scientifiquement fondée se fixe comme objectif et dont elle devrait permettre le développement ? La redoutable difficulté de la question ne semble pas arrêter les concepteurs de programmes d'éducation aux bonnes pratiques parentales, qui n'hésitent pas à proposer aux parents des modes d'exercices fondés sur des évaluations empiriques, et des règles systématiques.

Évaluation de quoi, et quelles règles, c'est ce que je vais examiner dans ce chapitre, en m'appuyant sur l'exemple d'un programme d'éducation à la parentalité qu'un important organisme français de santé publique, l'Établissement français de prévention en santé

(EFPS)² avait souhaité évaluer empiriquement, en relation avec la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT). La mise en œuvre de cette évaluation m'avait été confiée, après que j'ai répondu à un appel d'offres. De la réponse à cet appel d'offres à ma recommandation finale d'abandonner l'évaluation de ce programme avant même sa mise en œuvre empirique, sur la base d'analyses essentiellement méthodologiques, c'est le chemin que je propose de parcourir dans ce chapitre.

Méthodologie d'évaluation du dispositif de formation

Dans le cadre d'un « avis d'appel public à la concurrence », l'EFPS publie début 2009 un appel à proposition dans le cadre d'un « marché [ayant] pour objet la réalisation d'une évaluation sous forme de recherche-action d'un programme de soutien à la parentalité: *Program for Families Improvement (PFI)*³ ». Le programme PFI y est présenté comme un programme de « soutien » à la parentalité. L'ambiguïté entre « soutien à la parentalité », « éducation / formation à la parentalité », et « accompagnement à la parentalité » est un classique du domaine. Le programme PFI se situe en fait clairement, nous le verrons, dans le champ de l'éducation, en vérité de la formation, aux « bonnes » pratiques parentales. La distinction est d'importance : soutenir les pratiques éducatives des parents et les accompagner dans leur parcours en leur fournissant les moyens de les mettre en œuvre, ou leur fournir directement les bonnes pratiques qu'ils sont supposés mettre en œuvre sont des choses très différentes.

S'agissant des objectifs, il s'agit « de réaliser une recherche-action visant à implanter et évaluer un programme de prévention centré sur le soutien à la parentalité qui a déjà été validé et implanté dans plusieurs pays ». Cette recherche-action d'une durée de 36 mois « implique donc la mise en œuvre d'une intervention en prévention / promotion de la santé (mentale) ainsi que la réalisation

-
2. Je rappelle que pour des raisons de confidentialité les noms des personnes physiques et morales constituant le terrain de cette enquête ont été anonymisés.
 3. Pour des raisons de confidentialité, le nom du programme a également été modifié.

d'une recherche évaluative». Comme nous le verrons, il s'agit, selon la logique usuelle de la santé publique, d'agir sur un facteur de risque / de protection amont – en l'occurrence les pratiques parentales –, pour obtenir des conséquences en aval – en l'occurrence sur la santé mentale des enfants et des parents.

Le projet est également présenté comme se situant dans le « domaine de la santé mentale et des addictions : études évaluatives, actions de prévention / promotion de la santé mentale, *evidence-based interventions* ». Les « addictions » aux substances ont ceci de particulier qu'elles se situent en permanence à l'intersection du psychologique, du sanitaire, du judiciaire, et du policier. Défini dans le DSM-IV comme un trouble mental – comprenant en particulier l'abus, la dépendance, l'intoxication, le sevrage –, ce qui sert de justification pour les intégrer dans un programme de prévention / promotion en santé mentale, l'usage des « drogues » relève aussi du champ sémantique et social de la délinquance, voire de la criminalité.

Le Règlement de la consultation de l'appel précise qu'il est en particulier demandé aux candidats : « de fournir une présentation précise et opérationnelle de la méthodologie prévue pour la partie intervention et pour la partie évaluation. En particulier, les points suivants devront être explicités :

- [...]
- participants : nombre de groupes, nombre de sujets par groupe (et formule utilisée pour calculer la taille d'échantillon)...
- présentation de l'intervention du groupe contrôle (= “intervention classique de soutien à la parentalité”).
- méthode de recrutement des participants et de répartition dans les groupes.
- méthode de randomisation prévue.
- [...] »

Bien que la question de la méthodologie d'évaluation à utiliser semble ouverte, l'examen des questions posées montre qu'en vérité une méthodologie unique est envisagée : seul un Essai contrôlé randomisé (ECR) peut en effet correspondre aux éléments qui sont exposés (groupe contrôle, randomisation, etc.). L'Essai contrôlé randomisé est « l'étalon-or » de l'évaluation de l'efficacité d'interventions. Il consiste

à tester l'efficacité d'interventions sur deux ou trois groupes, l'un des groupes servant de groupe *contrôle* (les participants à ce groupe recevant une intervention placebo ou une intervention déjà connue) auquel les autres groupes recevant l'intervention testée sont comparés. Pour éviter les biais de répartition, les participants sont répartis au hasard (*randomisés*) dans les groupes. Il est par ailleurs précisé que l'évaluation devra se faire en collaboration avec l'équipe américaine qui a conçu le programme, et en assure la diffusion commerciale et les formations. De fait, l'équipe américaine impose l'utilisation d'un kit d'évaluation dont elle analysera les résultats pour augmenter à chaque nouvelle implantation le nombre d'études *evidence-based* sur lesquelles peut s'appuyer le programme. Il est d'ailleurs précisé que « de même que l'intervention, l'évaluation du programme est largement structurée et standardisée » : « un ensemble de questionnaires standardisés a été retenu par les responsables du programme pour effectuer les mesures de résultat et de processus ».

Le Règlement de la consultation comprend par ailleurs une partie « Documents Techniques » qui précise que l'EFPS « est un établissement public administratif sous tutelle du ministère de la Santé et des Solidarités, dont l'activité s'inscrit dans le cadre de la politique de prévention du gouvernement, qui a notamment pour missions :

- d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;
- d'assurer le développement de l'éducation pour la santé, y compris de l'éducation thérapeutique, sur l'ensemble du territoire ;
- de mettre en œuvre les programmes nationaux de prévention et d'éducation pour la santé. »

Il est précisé que l'Organisme « en complément de ses actions de communication, souhaite promouvoir l'implantation d'actions de terrain validées dans le domaine de la promotion de la santé mentale et de la prévention des consommations de substances psychoactives ». La mise en œuvre du programme PFI est clairement présentée comme une action s'insérant dans le cadre de la politique de prévention du gouvernement, dont la mise en œuvre opérationnelle est confiée à un organisme sous tutelle. Cette évaluation s'inscrit dans un contexte où l'EFPS souhaite développer ses actions de terrain

« validées » dans les deux domaines conjoints de la promotion de la santé mentale et de la prévention des consommations de substances psychoactives. Le terme « validé », sur lequel nous reviendrons, est ici – bien que ses implications soient très différentes – utilisé comme synonyme du terme anglo-saxon *evidence-based*, généralement traduit par « fondé sur les données probantes » ou « fondé sur les preuves ».

Il est par ailleurs précisé qu'« au niveau international, de nombreuses études évaluatives ont été réalisées ces trente dernières années dans ce domaine ; elles ont permis de mettre en évidence l'efficacité de certaines formes d'intervention » ; « les programmes de soutien à la parentalité représentent une de ces formes d'intervention structurées et validées ». S'agissant plus spécifiquement du programme qu'il est question d'évaluer, « c'est un programme de soutien à la parentalité qui a été largement validé et implanté dans de nombreux pays ». Il a été développé « au début des années 1980 par une psychologue américaine, Karol Kumpfer, actuellement en poste au département de promotion et d'éducation pour la santé à l'université d'Utah, USA ». Ce programme « développé à l'origine pour prévenir la consommation de substances psychoactives auprès de populations à risques (jeunes ayant des parents consommateurs) » a depuis « été largement évalué, adapté et implanté dans de nombreux contextes ». On apprend également que le programme a été évalué « par des évaluateurs externes » dans « plus de 150 études évaluatives standardisées », et que ces évaluations « ont permis de démontrer l'efficacité du PFI » sur de multiples indicateurs. Sont ainsi mentionnés « réduction de la consommation et de l'initiation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites) chez les jeunes et les parents ; diminution des problèmes psychiques (trouble des conduites, dépression, anxiété, trouble de personnalité, phobies) et des problèmes de comportements (violence, délinquance) ; diminution des plaintes somatiques ; amélioration du climat et de la communication familiale ; augmentation de la confiance et du sentiment d'efficacité en matière de parentalité ; amélioration des résultats scolaires ». Le programme est par ailleurs présenté comme très rentable, puisque « des évaluations économiques ont estimé à 9,60 \$ pour 1 \$ dépensé le ratio coût/bénéfice ». Cette efficacité « absolue » se double d'une efficacité « relative » tout aussi probante,

puisqu'une « méta-analyse réalisée par la *Cochrane collaboration reviews in medicine and public health at Oxford University* (Foxcroft, Ireland, Lister-Sharp, Lowe et Breen, 2003) a démontré que PFI était environ deux fois plus efficace que les autres programmes visant à prévenir les consommations abusives d'alcool ». Par ailleurs, le programme a été « adapté et implanté » auprès de « populations à risque comme en population générale », dans « diverses cultures (Afro-américains, Asiatiques, Latino-américains, Amérindiens...) » et différents milieux (rural, urbain...). La première « implantation internationale » a eu lieu en Australie en 1996, et depuis PFI « a été diffusé dans plus de 17 pays », une large diffusion « qui va de pair avec la reconnaissance internationale de son efficacité (OMS, Cochrane, Bureau des Nations unies-Drogue et Crime à Vienne, Maison blanche, *National institute on drug abuse* (NIDA) aux États-Unis, etc.) ».

À l'issue de cette présentation laudative, nul ne peut plus ignorer que le programme PFI est *validé* internationalement, reconnu comme d'excellence par des institutions elles-mêmes d'excellence, adaptable et adapté dans de nombreux contextes et cultures, efficace à faible coût sur la plupart des indicateurs de santé mentale classiques. Audacieux qui oserait contester une telle masse de validité et d'applicabilité scientifiquement établies; c'est à la Science qu'il s'attaquerait. À qui ce programme d'excellence est-il donc destiné? Le programme PFI d'origine est présenté comme « ciblant les groupes à risques et s'adressant aux familles ayant des enfants âgés de 6 à 11 ans ». Dans la langue vernaculaire de la santé publique, un groupe à risque est un ensemble d'individus artificiellement regroupés dans le même ensemble par le fait qu'ils présentent *actuellement* des caractéristiques associées à un risque statistique accru de présenter *ultérieurement* un état ou un comportement indésirable. Ainsi, les fumeurs sont-ils un groupe à risque de cancer, les femmes un groupe à risque de dépression, les pauvres un groupe à risque de délinquance, les enfants de parents toxicomanes un groupe à risque de toxicomanie, etc. En toute rigueur, un « groupe à risque » n'est « à risque » que par rapport à un groupe de référence. Les augmentations de risque ne sont en effet pas définies à partir d'un seuil absolu, mais par rapport à un groupe de référence, celui dont le risque est