

LOGIQUES DES TRANSFORMATIONS DU CHAMP PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE EN ANGLETERRE, FRANCE ET PAYS-BAS :

SPÉCIFICITÉ NATIONALES ET TENDANCES COMMUNES

Françoise Champion, Nadia Garnoussi, Giel Hutschemaekers et David Pilgrim

Résumé

Depuis une vingtaine d'années, le champ psychothérapeutique, en France, en Angleterre et aux Pays-Bas, est engagé dans de profondes transformations. Dans une perspective socio-historique, cet article rend compte de trois temps : la formation d'un champ psychothérapeutique spécifique dans chacun des trois pays puis l'extension de la psychothérapie démedicalisée dans les années 1960-70 ; la constitution en priorité de santé publique des troubles courants devenus troubles *de masse* dans les années 1980-90, avec, à partir des années 2000, l'influence des politiques européennes ; enfin la redéfinition de la psychothérapie dans un contexte favorisant les thérapies fondées sur les preuves et le travail sur les capacités psychosociales. Si de semblables tendances s'observent, des spécificités nationales se maintiennent qui seront explicitées ici.

Plan

Introduction

État des lieux à la fin des années 1980

Des champs psychothérapeutiques contrastés

Une semblable extension et démedicalisation de la psychothérapie dans les trois pays

Les troubles psychiques de masse : un problème de santé publique

La légitimité d'une prise en charge des problèmes courants de santé mentale

La volonté normatrice des institutions européennes

Redéfinition de « la » psychothérapie et mutations professionnelles

Le tout TCC anglais et néerlandais

Spécificités françaises

Conclusion

Introduction

- **1** En France, le rapport d'Éric Piel et Jean-Luc Roelandt est emblématique de cette transformation (Pi (...))

1 Depuis une vingtaine d'années, la prise en charge des problèmes de santé mentale connaît de profonds bouleversements qui s'inscrivent dans le déplacement de la psychiatrie vers la santé mentale **1**. La pensée en termes de santé mentale tend à se structurer à partir de la bonne santé (positive) plutôt qu'à partir de la maladie. Dans ce qui constitue ainsi véritablement un nouveau paradigme, le centre de gravité des préoccupations se déplace des

pathologies psychiatriques sévères (dont la prévalence reste stable dans la population, par ex. 1 % de schizophrénies) vers toutes sortes de troubles qui apparaissent en constante extension et vers la prévention et l'éducation des populations. Le paradigme de la santé mentale constitue ainsi un modèle intégrateur car la bonne santé mentale est un objectif transversal concernant tous les secteurs de la société (école, travail...) et faisant intervenir une grande diversité de professionnels. Nous nous en tiendrons cependant dans cet article au système de santé. Ses transformations ont fait l'objet d'analyses sociologiques et anthropologiques relevant de plusieurs niveaux d'observation. Citons celui des pratiques de soin montrant l'existence de tensions et de négociations impliquées par l'imposition du modèle de la santé mentale (Demailly, 2011) ; celui de l'univers de références et de discours sociaux (Dodier & Rabeharisoa, 2006) ; celui des nouveaux acteurs qui ont contribué à son élaboration, dont les usagers et leurs contestations de l'institution psychiatrique (Crossley, 2006 ; Chamak, 2013) ou leur volonté d'être les premiers acteurs de leur traitement. L'ampleur du changement culturel est également mis en évidence par les analyses de nouveaux processus macrosociaux : celles insistant sur la psychologisation ou plutôt désormais la médicalisation/psychiatisation des problèmes de la vie ou encore sur les mutations de l'individualité (Ehrenberg, 1998 ; Furedi, 2004 ; Otero, 2003, 2011).

- **2** Cf. par exemple *Le Livre vert* publié par l'Union européenne en 2005 (p. 4). Toutes les catégories s (...)
- **3** Certains auteurs parlent ainsi de psychiatisation de la « condition humaine » (Rose, 2006). Or, s' (...)

2 Dans ce contexte, l'article se propose de rendre compte plus spécifiquement des transformations du champ psychothérapeutique en Angleterre, en France et aux Pays-Bas, en relation avec la redéfinition et l'extension des problèmes de santé mentale qui toucheraient désormais annuellement plus d'un quart de la population adulte européenne **2** : ce sont à des troubles psychiques de masse que l'on a désormais affaire. Des auteurs, comme Alain Ehrenberg, Marcelo Otero, Nikolas Rose, en développant leurs analyses spécifiques, ont déjà mis en exergue le caractère « de masse » que constituent aujourd'hui les problèmes de mal-être psychique. Dans notre perspective, « troubles psychiques de masse » renvoie au fait que « les troubles des normaux » pour reprendre la conceptualisation que Robert Castel élaborait au début des années 1980 (Castel, 1981), ont été catégorisés comme des « troubles mentaux » recevant un diagnostic psychiatrique **3** et qu'ils sont devenus à la fin des années 1990 une priorité de santé publique. Nous ne reprenons pas à notre compte la terminologie psychiatrique, mais pas non plus celle de « troubles des normaux » *versus* « pathologies psychiatriques » de Robert Castel, tant les premiers sont désormais, en référence à la norme de la bonne santé mentale, socialement définis comme d'authentiques maladies : nous parlons de « troubles psychiques ».

- **4** « Champ » à entendre dans une acception large, soulignant une perspective relationnelle entre diver (...)

3 Les transformations du champ psychothérapeutique ont suscité des controverses d'autant plus vives que la question de la psychothérapie implique systématiquement celle des professions – la psychothérapie a toujours été une pratique mal définie entre médecine et

psychologie – et celle des méthodes. Le conflit sur les méthodes a été tel que certaines ont été distinguées du champ psychothérapeutique. Ainsi tout particulièrement de la psychanalyse qui, tout en s'imposant comme norme de référence de la psychothérapie, a voulu un intitulé distinctif, se faisant reconnaître comme pratique singulière. De leur côté, les Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) se veulent le plus souvent « thérapies » tout court. Nous ne nous prononcerons pas, en tant que sociologues, sur ce qui relève ou non de la psychothérapie, mais considérerons le champ psychothérapeutique ⁴ construit par ces conflits et ces interactions, entre professionnels et tenants de méthodes différentes. Dans cette perspective, la psychanalyse appartient bien à ce champ, elle en a même été l'épicentre (Castel, 1973 ; Fansten, 2006 ; Lézé, 2010). Tel n'est plus le cas, avec une perte d'autorité plus ou moins forte selon les pays : aussi parle-t-on moins aujourd'hui de « la » psychothérapie que « des » psychothérapies.

- **5** Et d'autres, sur lesquels nous n'avons pas travaillé.

⁴ Le projet de comparer les reconfigurations du champ psychothérapeutique en France, en Angleterre et aux Pays-Bas trouve son fondement (Hassentenfel, 2005) dans le fait que ces trois pays **5**, où le développement de la psychothérapie a été fort différent, ont, depuis une quinzaine d'années, mis – ou remis – la question psychothérapeutique sur l'agenda politique, dans des termes qui les montrent travaillés par de semblables problématiques, notamment celles de la santé mentale telle qu'évoquée en introduction. L'objectif structurant des politiques de santé mentale est l'inclusion sociale. Si, pour les pathologies lourdes, cet objectif se décline en volonté de déstigmatisation et de possibilité d'une vie dans la cité, pour les problèmes de santé mentale courants, c'est le degré d'empêchement à la « bonne » intégration sociale, qui passe tout d'abord par le monde du travail, qui est le critère privilégié pour en évaluer la gravité. Un modèle capacitaire tend dès lors à s'imposer et à redistribuer les critères d'organisation du champ psychothérapeutique.

⁵ Nous montrerons que ce modèle est tout particulièrement celui des politiques européennes désormais fort soucieuses de santé mentale. La comparaison entre les trois pays montre toutefois des déclinaisons particulières de l'idéal-type que construisent les recommandations et les initiatives produites au niveau européen, ne serait-ce que parce que « une configuration sociale doit être issue d'une configuration précédente » (Élias, 1990, p. 199). C'est pourquoi nous commencerons par dresser un état des lieux de ce champ dans les trois pays à la fin des années 1980. La seconde partie analyse l'émergence, dans les années 1990, des troubles psychiques de masse comme nouvel objet de santé publique. La troisième partie traite des transformations du champ psychothérapeutique au regard de la redéfinition des visées socialement attribuées à « la » psychothérapie, et du développement – inégal selon les pays – des prises en charge inspirées des TCC.

⁶ Au fil de ces développements nous prêterons attention aux facteurs explicatifs que constituent, suivant les termes des sciences politiques de l'action publique, les « trois I » que sont les idées, les intérêts et les institutions (Palier & Surel, 2005). Fruit d'une collaboration entre chercheurs des trois pays considérés, cet article est de type synthétique. Nous évoquerons nos travaux sur les groupes professionnels pratiquant la psychothérapie et sur les politiques de santé mentale répondant aux questionnements de cet article (Champion, 2008a, 2008b ; Garnoussi, 2008, 2012 ; Hutschemaekers, 2006 ; Hutschemaekers & Oosterhuis, 2004 ; Hutschemaekers & Tiemens, 2006 ; Pilgrim, 1983, 2002, 2011 ; Van Effenterre,

Champion *et al.*, 2012, 2013). D'autres sources secondaires nécessaires à la compréhension du champ psychothérapeutique seront aussi mobilisées.

État des lieux à la fin des années 1980

Des champs psychothérapeutiques contrastés

7 Aux Pays-Bas, la pratique de la psychothérapie s'est développée plus qu'ailleurs en Europe. L'intérêt précoce des psychiatres pour la psychanalyse s'est accompagné du projet de développer une pratique psychothérapeutique qui ne soit pas uniquement réservée à une élite restreinte : à cette fin, ils créent dès 1930 la Société néerlandaise de Psychothérapie (NVP), qui comptera parmi ses succès l'ouverture en 1940 de l'Institut pour la psychothérapie médicale (IMP), prenant en charge « les patients avec des moyens limités » souffrant de troubles de guerre. Après la Seconde Guerre mondiale, le groupe des psychiatres-psychothérapeutes s'autonomise de la neuropsychiatrie et obtient une reconnaissance officielle du ministère des Affaires sociales. Tandis que s'affirmait le groupe des psychiatres-psychothérapeutes, certains psychologues cherchaient de leur côté à briser le monopole médical sur la psychothérapie. Cette situation se retrouve alors dans la plupart des pays où est interdite de fait, même si c'est avec quelques nuances, la pratique « laïque » de l'analyse (et donc dans tous les cas de la psychothérapie). Aux Pays-Bas, l'autonomisation des psychiatres-psychothérapeutes favorisera leur collaboration avec les psychologues, lesquels réussiront en 1966 à leur faire abandonner le monopole médical sur la psychothérapie. D'autres professionnels seront par la suite autorisés à pratiquer des psychothérapies, notamment des universitaires en sciences sociales. C'est généralement en se distinguant de l'orientation analytique – avec l'approche rogéienne et, plus tard, avec la psychothérapie de groupe et la thérapie comportementale – que les psychologues puis d'autres groupes ont réussi à s'introduire dans le champ psychothérapeutique. Mais a aussi joué le facteur « idée » constitué par le prestige social de plus en plus grand de la psychothérapie dans les années 1960-70 – on y reviendra. Et, progressivement, la NVP réussira à transformer l'hétérogénéité des formations et des méthodes en pluralisme positif et à construire une certaine homogénéité entre les divers psychothérapeutes, conduisant à la reconnaissance officielle de la psychothérapie par le Conseil médical national. De telle sorte que, dans les « Centres régionaux intégrés pour les soins ambulatoires de santé mentale » (RIAGG), institués en 1982, les psychothérapeutes parviendront à faire pratiquement jeu égal avec les psychiatres. Et, en 1986, la profession indépendante de psychothérapeute est reconnue : situation unique en Europe, amenant les spécialistes nationaux à parler eux-mêmes du « phénomène néerlandais » (en français) (Hutschemaekers, 2006 ; Hutschemaekers & Oosterhuis, 2004 ; Oosterhuis 2004).

8 Au regard de la situation néerlandaise, deux caractéristiques principales marquent le champ psychothérapeutique anglais : le faible rôle exercé par les psychiatres-psychothérapeutes, minoritaires au sein d'une psychiatrie d'orientation prioritairement biomédicale (Samson, 1995) et l'hétérogénéité maintenue des divers types de praticiens. En Angleterre, lorsque la psychothérapie a commencé à s'affirmer comme une pratique spécifique distincte de la psychanalyse, bien que restant sous sa juridiction, ce fut au pluriel puisque la *British Association of Psychotherapists*, créée en 1951, comptait deux sections : l'une freudienne et l'autre jungienne. À la fin de la décennie, les méthodes comme les professionnels se diversifient, quand Hans Eysenck, psychologue jusqu'alors farouche partisan d'une

psychologie scientifique strictement académique, propose une thérapie comportementale pour les névroses (Pilgrim & Treacher, 1992). C'est sur la base de cette offre distincte de celles des psychiatres-psychothérapeutes que les psychologues, à l'instar de leurs collègues néerlandais, feront reculer le monopole médical. Toutefois – et à la différence des Pays-Bas – c'est bien la faiblesse de cette pratique chez les psychiatres qui a permis l'entrée des psychologues dans le champ de la psychothérapie. La diversification se poursuivra avec l'arrivée de psychothérapeutes issus d'autres horizons, de par leur formation (sciences humaines et sociales), leur profession initiale (paramédical, travail social), ou venant du *counselling*.

9 Un travail d'homogénéisation de cette diversité des méthodes et des professionnels sera entrepris par les psychothérapeutes qui considèrent l'exercice de la psychothérapie comme une profession autonome afin justement de faire reconnaître cette autonomie. En 1982, ils créent un groupe de travail pluraliste qui devient en 1989 une organisation fédérative, *The United Kingdom Council for Psychotherapy* (UKCP) ; le *Royal College of Psychiatrists* et la *Psychological Society* y participent avec un statut particulier. Mais contrairement aux Pays-Bas, la persistance de conflits entre les professionnels et les différentes sensibilités existantes ne permettra pas à ce travail d'homogénéisation d'aboutir.

10 En France, la spécificité du champ psychothérapeutique tient à la puissance de l'hégémonie de la psychanalyse, très nette à la fin des années 1960 (Castel, 1973 ; Turckle, 1982). Si dans tous les pays la psychanalyse s'était psychiatriquée via le monopole des médecins sur la psychothérapie, c'est ici la psychanalyse qui s'est largement subordonné la psychiatrie, acquérant ce faisant une double légitimité. S'agissant précisément de la psychothérapie, elle était sous la juridiction de la psychanalyse, avec significativement la délégation de la formation à la psychothérapie aux psychanalystes, qui l'assuraient, collectivement, *via* les associations et individuellement, *via* les cures analytiques. La psychothérapie n'a donc guère été pensée dans sa valeur propre, tendant à n'être qu'une forme dégradée de psychanalyse. Le développement des psychologues cliniciens a renforcé cette donne car le cursus de psychologie clinique a été conçu sous influence freudienne. Aussi, à la différence de leurs collègues néerlandais ou anglais, les psychologues cliniciens français n'ont pas pu s'appuyer sur des méthodes psychothérapeutiques distinctes de celle des psychiatres pour conquérir un espace autonome d'intervention. De ce fait, le monopole des médecins sur la psychothérapie n'a été brisé que tardivement, dans les années 1970 et à titre seulement officieux, *via* un *gentlemen agreement* décidant de l'arrêt des poursuites pour exercice illégal de la médecine. L'hégémonie presque sans partage de la psychanalyse ne commencera à être mise en cause qu'au tournant des années 1970/80 par un groupe de psychothérapeutes utilisant des méthodes issues de la psychologie humaniste (Champion, 2008b).

Une semblable extension et démedicalisation de la psychothérapie dans les trois pays

11 Très caractéristique de la période qui s'ouvre avec les années 1960 est le fort développement de la psychothérapie à l'extérieur des frontières de la psychiatrie : elle s'adresse clairement aux « normaux » (Castel, 1981) et – officiellement ou non – son exercice n'est plus réservé aux médecins, on vient d'en parler. Certes, la critique de la définition médicale de la psychothérapie pour lui substituer une définition psychologique travaille toute son histoire, mais le climat de contestation politique et culturelle qui se développe dans les années 1960 va être particulièrement propice à sa démedicalisation. Sans doute est-ce aux

Pays-Bas que ce processus s'est le plus institutionnalisé. En 1976, les *Instituut voor Medische Psychotherapie* deviennent les *Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie*. En 1982, la création des RIAGG, largement dédiés à des prises en charge psychothérapeutiques – dans leurs premières années les psychiatres n'avaient pas le droit de prescrire de médicaments – s'est effectuée dans une perspective marquée par l'anti-psychiatrie.

12 C'est surtout à l'enseigne d'une pratique émancipatoire (Turckle, 1982), entretenant des liens avec les mouvements de réforme de la psychiatrie puis l'anti-psychiatrie, que la démedicalisation et l'expansion de la psychothérapie se sont opérées. Quant au recours des « normaux » à la psychothérapie, il participait d'une mutation globale de la société, concernant en particulier les relations sexuelles et familiales, les relations de genre et les relations intergénérationnelles. À cet égard, le plus marquant est peut-être l'articulation établie par des mouvements féministes (par exemple en France, le groupe « Psychanalyse et politique », au Royaume-Uni l'influente réflexion de Juliett Mitchell) entre psychanalyse et féminisme : tout en soulignant le caractère patriarcal de la pensée freudienne, ces féministes considèrent que la psychanalyse procure un langage pour discuter la fabrique sociale de la psyché féminine. Un autre exemple est celui du succès de la psychologie humaniste sous la forme des « thérapies pour normaux » et du mouvement du Potentiel humain inscrit dans la contestation contre-culturelle des années 1970, où la psychothérapie apparaissait susceptible de libérer les potentialités personnelles, bridées par une société réprimant les émotions et les corps. Généralement, si faire une psychothérapie était motivé par une souffrance, il était aussi question d'accéder à son véritable désir, son identité profonde, sa vérité, son autonomie, son moi authentique. Ces mots signalent des orientations psychothérapeutiques qui se sont souvent durement opposées, mais ils renvoyaient tous à un refus de l'ordre politique et moral établi. Aussi, ceux qui faisaient une psychothérapie, une analyse et encore plus leurs thérapeutes ou analystes, se considéraient-ils comme « une avant-garde culturelle » (Brinkgreve, Onland & de Swaan, 1979 ; Oosterhuis, 2004) : ceci témoigne aussi qu'en dépit de l'essor de la psychothérapie ceux qui y avaient recours étaient relativement peu nombreux.

Les troubles psychiques de masse : un problème de santé publique

La légitimité d'une prise en charge des problèmes courants de santé mentale

13 Dans les années 1980, le mal-être psychologique devient de moins en moins « normal » et la prise en charge de problèmes plutôt mineurs se développe rapidement, en dehors des systèmes publics de soin pour certaines élites sociales et culturelles mais également au sein même de ces systèmes. Cela est très net aux Pays-Bas, où les RIAGG ont été conçus comme des dispositifs destinés à recevoir un large public. Pourtant – comme aussi dans les dispositifs de santé communautaire en Angleterre – l'extension de la demande des *worried well*, ou des personnes avec « des possibilités thérapeutiques » selon les termes des psychothérapeutes néerlandais, conduira à des tensions en raison d'un délaissement des patients chroniques touchés par les politiques de déshospitalisation. L'extension du spectre des problèmes pris en charge a néanmoins continué, « par le bas » – par la demande – ainsi que par des politiques publiques de plus en plus soucieuses des problèmes courants.

- **6** Rappelons que la psychiatrie anglaise est nettement d'orientation biologique et ainsi beaucoup moins (...)

14 Aux Pays-Bas, on dispose d'études épidémiologiques sur la santé dès le milieu des années 1980 : ayant identifié qu'un quart de la population souffrait de problèmes de santé mentale, les prises en charge des problèmes courants augmentent, tandis que sont renforcées les politiques proprement préventives. C'est quelques années plus tard, au début des années 1990, que cette préoccupation émerge en Angleterre. Là aussi, des études épidémiologiques sur les *common disorders* sont réalisées, sur la dépression en premier lieu. En 1992, la campagne *Defeat Depression* vise à lutter contre la stigmatisation et aussi à éduquer les praticiens, tout particulièrement les médecins généralistes, afin d'augmenter le recours aux soins. Soulignons qu'elle est lancée à l'initiative du *Royal College of Psychiatrists* au moment où la domination des psychiatres dans le champ de la santé mentale s'effrite, en raison à la fois du développement des soins communautaires et de la réorganisation managériale des services de santé (Samson, 1995). Cette campagne était d'autant plus clairement un moyen de réaffirmer la suprématie des psychiatres qu'elle incitait à lever les réticences du public à l'égard des psychotropes 6. Notons en outre que, s'il s'agissait pour les psychiatres de céder la juridiction pratique de ces troubles aux médecins généralistes, c'était en s'en réservant la juridiction intellectuelle (Abbott, 1988). Pourtant, si au début de la décennie l'offre de soins était principalement médicamenteuse, le *counselling* – que l'on peut ici assimiler à une psychothérapie brève – s'était à la fin considérablement développé dans les cliniques de soins primaires : cela indiquant une demande de prise en charge proprement psychologique tout comme la réticence des généralistes à voir leurs pratiques en matière de santé mentale placées sous le contrôle des psychiatres.

15 Le développement du paradigme de la santé mentale s'est donc accompagné d'un recul de la domination des psychiatres et d'une tension manifeste entre traitements médicamenteux et psychologique. Il s'est aussi construit visiblement à l'enseigne de son utilité sociale et économique. Ainsi, en 1997, le plan *Modernising Mental Health Services* dans lequel la santé mentale est déclarée l'une des deux priorités de santé publique, a-t-il pour problématique la « bonne santé mentale », nécessaire aux individus pour « profiter des bonnes choses de la vie » et en affronter au mieux ses épreuves, nécessaire aussi au « bien-être de la nation ». Le coût économique de la dépression est également fortement souligné : 26 % des journées de travail perdues seraient imputables aux problèmes de santé mentale.

16 En France, ce nouveau paradigme va s'affirmer avec la parution de plusieurs rapports dans les années 1990 s'inquiétant de la progression d'une souffrance sociale/psychosociale/psychique – la terminologie n'est pas stabilisée. En 1990, un texte de loi – dont le nom pour la première fois ne faisait pas référence à la psychiatrie : la circulaire « relative aux orientations de la politique de santé mentale » – veut faire de « la santé mentale une priorité de santé publique ». Y est pointée l'augmentation des demandes adressées à la psychiatrie – « près d'un million de personnes s'adressent chaque année à la psychiatrie » – et la place prise par les problèmes de santé mentale en médecine générale : « les médecins généralistes recevraient 10 % de patients souffrant de troubles mentaux ou du sommeil ». Fondé en 1996, l'Observatoire régional Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ORSPERE) donne une visibilité aux troubles anxio-dépressifs identifiés comme résultant des changements sociaux. Néanmoins, aucune politique spécifique ne fut mise en œuvre, dévoilant la difficulté des professionnels à s'approprier ces nouvelles problématiques (Biarez, 2004 ; Depaigne, 1998 ; Philippe, 2004). Le véritable tournant pour la France ne se fera donc qu'à l'entrée des années 2000, le rapport *De la psychiatrie vers la santé mentale* jouant à cet égard un rôle emblématique. Le plan qui lui répond rappelle que 25 %

des consultations en médecine générale concernent des troubles de santé mentale : « dépression », « anxiété », « souffrance psychique », « souffrance psychosociale ». L'accueil que recevra ce plan chez les psychiatres sera extrêmement mitigé, en raison notamment de leur attachement à la distinction entre psychiatrie et santé mentale qui met en jeu tant leurs convictions que leurs intérêts professionnels. Quant à la première campagne contre la dépression, elle ne date que de 2007, et les psychiatres n'en furent pas des acteurs majeurs.

La volonté normatrice des institutions européennes

17 Bien que faiblement reconnue, voire « ignorée » par certains acteurs des politiques de santé, l'influence de l'Union européenne (UE) en matière de santé est pourtant devenue décisive (Guigner, 2011). En effet, quand elle n'exerce pas un pouvoir de contrainte, elle dispose d'un puissant rôle incitatif relevant d'un processus d'« européanisation horizontale» (*Ibid.*).

18 En lien avec l'OMS-Europe, la politique européenne en matière de santé mentale s'affirme vigoureusement à partir de la fin des années 1990. Après la résolution de 1999 du Conseil de la santé de l'Union européenne préconisant d'accorder une importance « accrue » à la promotion de la santé mentale, les textes et initiatives se succèdent, débouchant en 2008 sur le « Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être », dans lequel est déclaré :

« La santé mentale est un droit de l'homme [...] ; C'est un facteur important dans la réalisation des objectifs de la stratégie de Lisbonne pour la croissance, l'emploi, la cohésion sociale et le développement durable. [...] La dépression constitue désormais le problème de santé le plus répandu dans nombre d'États membres de l'UE ».

19 Les arguments mobilisés par les politiques européennes s'appuient sur la construction d'une nouvelle carte des états de « mauvaise santé mentale » désignant un continuum allant des pathologies psychiatriques lourdes aux symptômes de « détresse psychologique ». Ces états sont appréhendés comme empêchant ou limitant la « participation positive à la société » et c'est en ce sens que la santé mentale devient une émanation de la « citoyenneté » soudée à la notion de « productivité ». Au-delà du projet formulé en termes humanistes de déstigmatisation et d'inclusion sociale des personnes atteintes de pathologies discriminantes, est aussi visé le développement des capacités adaptatives de tous, dans un contexte social et économique reconnu comme plus exigeant :

« [Le Conseil de l'UE] rappelle [...] que pour élever notablement les taux d'activité, il convient également de tenir compte de la santé physique et mentale des travailleurs, afin qu'ils puissent faire face aux exigences d'une carrière professionnelle désormais marquée par un nombre plus élevé de transitions entre des emplois plus intenses et plus exigeants et par de nouvelles formes d'organisation du travail » (Conclusions du Conseil de l'UE sur le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, 2011, p. 2).

20 À ce titre, les troubles ordinaires – dépression, stress, anxiété – sont désignés comme chantiers prioritaires, avec la préconisation d'une offre de soin ciblée sur les populations « à risques » donnant aux soins primaires une place stratégique. S'agissant des réponses thérapeutiques, les textes reconduisent la partition habituelle, psychotropes *versus* psychothérapie. Toutefois, cette dernière fait l'objet d'un travail

définitionnel qui la déplace de l'espace des significations liées à l'intime, normé par la psychanalyse ou les psychologies humanistes : désormais, la psychothérapie doit avant tout être un traitement objectivable quant à sa nature, sa fonction, sa finalité. On peut suivre le déplacement définitionnel de la psychothérapie au fil des rapports des années 2000. Dès 2001, le rapport de l'OMS en proposait une définition à la fois resserrée et extensive (p. 62). Extensive car « la » psychothérapie recouvrait un ensemble d'« interventions », de « techniques » et de « démarches fondées sur des théories différentes ». Resserrée, car la caractérisation de la forme et de la mission de ces interventions renvoie, au moins implicitement, à une conception déterminée de la psychothérapie portée par les TCC, puisqu'elles visent à « modifier » le « comportement, l'humeur et les modes de réaction à différents stimuli » (*Ibid.*). Dans les rapports suivants, le champ d'action donné à la psychothérapie est étendu mais ramené à des attentes très circonscrites. En 2005, le Livre vert Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne, évoque, au même titre que la formation des acteurs à la prévention et au dépistage de la dépression, la large distribution de TCC (p. 10). Parallèlement, si l'on parle toujours de psychothérapie, c'est désormais au pluriel en évoquant une intervention ciblée et « simple » pouvant être effectuée par le personnel des soins de santé primaires (OMS/Europe, 2006, p. 92). Le glissement vers l'action à visée « psychosociale » est plus net encore dans le rapport suivant de l'OMS/Europe (2008), qui expose la terminologie d'une enquête effectuée dans les pays européens. La psychothérapie y est incluse dans la catégorie des « interventions psychosociales » mobilisant « des méthodes psychologiques ou sociales afin de traiter et/ou de réhabiliter les personnes atteintes de troubles mentaux ou d'une « détresse psychosociale » : sont cités avec elle le *counselling*, les actions auprès des familles, les traitements psychoéducatifs, le soutien social et les pratiques de réinsertion et de réadaptation sociale (*Ibid.*, p. 82). La psychothérapie ne serait donc plus que l'une des déclinaisons possibles d'un type d'intervention visant la mobilisation et l'optimisation des capacités psychosociales. À cela s'ajoute le fait que ces interventions doivent être standardisables et conformes à ce que nous appellerons des logiques scientifiques-néobureaucratiques, dont se réclament les experts européens.

Redéfinition de « la » psychothérapie et mutations professionnelles

Le tout TCC anglais et néerlandais

21 L'Angleterre est à l'avant-garde de la conception et de la mise en œuvre du paradigme de la santé mentale promu au niveau européen depuis le début des années 2000. Les *common disorders* font l'objet d'une préoccupation soutenue, les services de soins primaires sont mobilisés et les logiques scientifiques-néobureaucratiques sont relativement bien acceptées. Un état des lieux des pratiques psychothérapeutiques au sein du *NHS* et une méta-analyse des enquêtes d'évaluation des psychothérapies ont ainsi été effectués dès le milieu des années 1990. Au même moment, l'*UKCP*, pourtant dominée par les psychothérapeutes du courant humaniste, établissait un modèle psychothérapeutique insistant sur la standardisation des pratiques et leur transparence grâce à un « contrat » dûment détaillé entre le thérapeute et son client. Il s'agissait pour elle de progresser dans l'autorégulation donnant des garanties aux clients mais aussi aux pouvoirs publics. C'est pourquoi fut mal reçue la décision prise en 2007 par le ministère de la santé de faire entrer la psychothérapie dans la liste des professions légalement réglementées par le *Health Professions Council* (HPC). Les psychothérapeutes y

étaient hostiles, en raison de leur tradition d'autorégulation mais aussi de l'alignement des standards de la pratique psychothérapeutique sur les autres pratiques de soin. Ce projet fut remis en cause en 2011, mais cela a moins signifié la reconnaissance du caractère très spécifique de la psychothérapie qu'un intérêt moindre pour la régulation de l'ensemble des méthodes à l'heure du tout TCC.

22 En effet, dans la seconde moitié des années 2000, une initiative majeure, le programme *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), lancé suite à la publication en 2005 du « *Depression Report* », dit « Rapport Layard », car reprenant les arguments que cet économiste avait développés, était venue bouleverser le champ psychothérapeutique anglais. Mettant dans la balance le coût économique représenté par les journées de travail perdues, le rapport estimait que la prise en charge psychologique des troubles courants se trouvait de fait auto-financée grâce aux économies constituées par la réinsertion sur le marché du travail des personnes présentant ces troubles. Il estimait en effet qu'avec les TCC « nous disposons désormais de thérapies fondées sur des données probantes qui peuvent agir pour au moins la moitié des individus affectés », que les TCC « ne sont pas sans fin ni n'obligent à se tourner vers le passé » qu'elles sont « courtes » et « font aller de l'avant ».

23 Le programme IAPT vise la prise en charge sur trois ans de 900 000 personnes qui devront être très rapidement reçues dans des *Psychological Therapy Services*. Il est prévu que 3 600 thérapeutes soient formés suivant un « *stepped-care model* » consistant à ajuster les réponses thérapeutiques à l'éventail des *common disorders*. La prise en charge des troubles légers et modérés revient de la sorte à des *Psychological Wellbeing Practitioners*, chargés des interventions psychologiques de « faible intensité » – certaines TCC, des pratiques psycho-éducatives et de *self help*, éventuellement par ordinateur – à l'issue d'une formation spéciale de 45 jours. Les *High Intensity Therapy workers* proviennent, eux, de groupes professionnels pratiquant déjà des psychothérapies – *clinical psychologists, counselling psychologists, nurse therapists, primary care counsellors, psychotherapists* – ayant reçu une formation complémentaire en TCC. Le programme a été accueilli avec beaucoup d'ambivalence par les psychothérapeutes. D'un côté était applaudie la reconnaissance de l'efficacité d'une prise en charge psychologique plutôt que médicamenteuse, mais de l'autre était contesté le privilège accordé aux TCC. Ils ont toutefois choisi majoritairement de le soutenir, espérant une diversification des méthodes. Mais tel n'est pas le cas, les critiques se faisant aujourd'hui plus vives, à l'appui principalement d'une raison éthique : le travail des psychothérapeutes ne doit pas se structurer autour de l'objectif d'insertion ou de réinsertion sur le marché du travail des patients. La réalité est que les psychothérapies autres que les TCC sont de plus en plus exclues du NHS, devenant réservées à une clientèle consultant dans le privé.

24 Aux Pays-Bas, on assiste à une extension comparable mais plus progressive des TCC : l'implantation volontariste de nouveaux intervenants a été d'autant moins nécessaire que depuis longtemps la priorité est donnée aux prises en charge psychologiques. En 1992, le ministère de la santé avait en effet publié la « note » *Onder Anderen* (« Entre autres »), qui voulait renforcer l'accessibilité aux interventions psychothérapeutiques en les faisant financer par le système d'assurance collective. S'en est suivie une augmentation considérable du public pris en charge dans les RIAGG privilégiant l'offre de thérapies brèves que les psychothérapeutes-psychologues cliniciens ont été chargés d'assurer. Or, ces derniers ont dûment appris lors de leur cursus universitaire que les TCC étaient les thérapies brèves les

mieux évaluées en termes d'efficacité : ce faisant, elles se sont massivement imposées dans les RIAGG.

- **7** Le processus de transformation de l'intervention psychologique que nous détaillons ici à propos des (...)

25 Le succès des psychologues a eu une lourde contrepartie en termes de compétence et de maîtrise de leur savoir professionnel. Tout d'abord le déclin de leur propre vocabulaire diagnostic au profit du *Diagnostic Statistical Manual* dans sa quatrième version (DSM IV), manuel psychiatrique devenant pratiquement leur seul outil diagnostique. L'argument est que les diagnostics doivent avoir une utilité directe en termes de traitement. L'adoption du DSM se fit d'autant plus aisément que le système d'assurances exige des classifications des pathologies dans les termes du DSM. Avec les *guidelines* fondés sur la médecine des preuves posant une équation entre catégorie diagnostique et traitement de premier choix – s'agissant des traitements non biologiques, en général un protocole de TCC – ils ont perdu la maîtrise du traitement. Si l'on ajoute que la médecine des preuves tend aujourd'hui à établir que les TCC dispensées par des infirmier/ès sont aussi efficaces que celles dispensées par des psychologues-psychothérapeutes **7**, on comprend que le regard porté sur la figure du thérapeute a profondément changé, apparaissant désormais avant tout comme un artisan expert en techniques comportementales et cognitives. Autrement dit, le travail du psychologue se trouve, de fait, déqualifié et le psychologue dévalorisé.

Spécificités françaises

26 En France, dès le début des années 2000 il devient manifeste que la psychanalyse a perdu la juridiction – intellectuelle (au niveau des professionnels) et culturelle (Abbott, 1988) – qu'elle détenait sur la psychothérapie. Les TCC qui jusqu'alors avaient eu beaucoup de mal à se développer ont dorénavant le vent en poupe. Le nombre d'adhérents de l'Association française des thérapies cognitivo-comportementales est passé de 600, en 2000, à 1 500 dix ans plus tard. Sa revue, le *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, créée en 1991, devient la première revue périodique française de psychiatrie en termes de diffusion payante. Quant aux publications françaises sur les TCC indexées dans la base de données des publications francophones en psychiatrie et en santé mentale, Ascodocpsy, elles sont entre 1998 et 2009 multipliées par quatre. En 2002, l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, à laquelle a succédé la Haute autorité de santé) énonçant des recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la dépression, estime pour la première fois que si les psychothérapies psychodynamiques peuvent constituer un « recours utile » pour les patients souffrant de troubles légers, seules les TCC, avec un « niveau intermédiaire de preuve scientifique », ont une efficacité comparable à celle des médicaments dans les cas de dépression légère à modérée. En 2004, une expertise de l'INSERM évaluant trois approches psychothérapeutiques conclut à une supériorité des TCC pour la plupart des troubles. Simultanément, on peut voir les associations de patients s'intéresser de plus en plus aux TCC, voire s'en faire les propagandistes.

27 Face à la valorisation des TCC et des logiques scientifiques-néobureaucratiques qui les soutiennent, la défense de l'approche analytique est difficile mais connaît toutefois des succès. Ainsi la loi instaurant le titre de psychothérapeute votée en août 2004, après de

violentes polémiques, renonce-telle finalement à définir et à codifier les psychothérapies, la psychanalyse y bénéficiant d'une reconnaissance symbolique. Quant à la contestation de l'expertise de l'INSERM, la réflexion critique de fond menée à son propos a permis d'autres mobilisations contre de nouvelles expertises, amenant l'institution à réviser ses procédures d'évaluation. On remarquera aussi que la campagne contre la dépression, lancée en 2007, bien que suivant globalement le modèle des campagnes européennes, s'en distingue en ne faisant pas directement référence aux TCC.

28 Finalement, à travers les conflits des années 2000, la psychothérapie s'est simultanément pluralisée et médicalisée. Ce double processus s'observe particulièrement bien chez les internes en psychiatrie, les psychiatres de demain pour de longues décennies (Van Effenterre, Champion *et al.*, 2012, 2013). Ils se forment aujourd'hui – hors leur cursus – à une diversité de méthodes. La pluralité, dimension inédite dans le champ psychothérapeutique français, intervient ainsi au moment où, en Angleterre et aux Pays-Bas, elle n'existe plus que dans le secteur privé. Les internes réclament également une véritable formation à la psychothérapie dans le cursus de psychiatrie. De cette façon ils confirment la fin de la juridiction intellectuelle de la psychanalyse sur la psychothérapie et la volonté de lui substituer celle de la psychiatrie, clairement conçue comme une spécialité médicale même avec la spécificité qui lui est encore attribuée.

29 Certes l'approche analytique reste attractive – un quart des internes suivent ou ont suivi une cure ou une psychothérapie analytique, mais la référence à la psychanalyse n'est plus normée par les associations de psychanalystes et semble relever surtout d'une inspiration.

30 Cette nouvelle donne, avec un développement contenu des TCC, des pratiques empruntant plus ou moins étroitement ou lâchement à la psychanalyse, un intérêt marqué pour la systémie aussi, apparaît pouvoir perdurer tant que les psychiatres tiennent à conserver également la juridiction pratique sur la psychothérapie. Majoritairement intéressés aux psychothérapies, ils souhaitent en pratiquer eux-mêmes, notamment dans leur pratique libérale (relevant du système de soins pris en charge, au moins partiellement, par la collectivité) où ils ont surtout affaire aux troubles courants. Dans ce cadre – et parce que dans le système de santé français l'exercice en libéral reste relativement peu contraint – la psychanalyse apparaît pouvoir offrir les ressources les plus aisément mobilisables tout en maintenant l'idée d'un travail hautement complexe, ce que ne permettent justement pas les TCC.

31 En tenant donc à garder, non pas seulement la juridiction intellectuelle sur la psychothérapie, mais aussi la juridiction pratique, les psychiatres limitent le marché de la psychothérapie pour les psychologues. Et que des intervenants de première ligne puissent pratiquer des psychothérapies, comme c'est le cas en Angleterre, reste une position hétérodoxe, défendue par les seuls militants du paradigme de la santé mentale. La multiplication des intervenants constituerait non seulement une concurrence mais pourrait entraîner une déqualification du travail psychothérapeutique avec une protocolisation de la pratique. Quand bien même les psychiatres continueraient à pratiquer des psychothérapies plus sophistiquées, le statut de la psychothérapie et la représentation du pouvoir et de l'expertise des psychiatres-psychothérapeutes seraient donc atteints.

- **8** Signalons que selon le récent rapport de l'Organisation de coopération et de développement économique (...)

32 C'est de cette manière que le fort intérêt des psychiatres français pour la psychothérapie conduit indirectement à réduire l'offre de psychothérapies et à traiter massivement les problèmes de santé mentale par les médicaments, d'abord prescrits en médecine générale **8**. Raison pour laquelle, aujourd'hui, la spécificité française la plus notable n'est pas d'abord le poids de la tradition analytique, mais bien la faiblesse quantitative des prises en charge psychologiques.

Conclusion

33 Les champs psychothérapeutiques des trois pays ont été conjointement façonnés par des questions de définition des méthodes de la psychothérapie et des luttes professionnelles dont l'enjeu était la fermeture ou l'ouverture de l'exercice de la psychothérapie à de nouveaux entrants. De telle sorte que les facteurs « idées » et « intérêts » s'entremêlent le plus souvent, surtout quand le choix de la méthode constitue un atout dans la concurrence entre groupes. Longtemps contrastés, ces champs ont, sous l'effet d'une libéralisation des mœurs dans les années 1960-70, développé des convergences qui ont joué en faveur d'une définition psychologique de la psychothérapie : l'influence d'un large mouvement des « idées » avait façonné une demande croissante de travail sur soi comme travail sur l'intime. Depuis lors, les troubles psychiques de masse ont été constitués en priorité de santé publique, pointant le rôle des experts européens et internationaux occupés à faire converger les politiques de santé mentale en Europe. Les convergences entre pays produites dans ce contexte relèvent des idées de l'univers globalisé de l'expertise (Harrison et *al*, 2005) dans le cadre du modèle capacitaire de la santé mentale et, plus généralement, des normativités du monde de l'autonomie. Dans les approches scientifiques-néobureaucratiques des experts professionnels, la raison économique joue un rôle majeur, qu'il s'agisse de la prise en compte de l'efficacité des traitements – et donc de leur coût – ou de celle de l'exigence de compétitivité économique. À cet égard il convient bien sûr de renvoyer à l'influence grandissante des neurosciences (Rose & Abi-Rached, 2013 ; Ehrenberg, 2014) : celles-ci donnent une légitimité puissante aux thérapies comportementales et cognitives qui revendiquent leur efficacité rapide sur les dysfonctionnements psychosociaux causés par les troubles psychiques. En ce sens le domaine des interventions non biologiques reste un espace majeur de déploiement des nouvelles approches et pratiques en santé mentale. Car, malgré l'ampleur incontestable du recours aux médicaments pour des problématiques de toutes gravités, il s'y joue une massification des offres de prises en charge *via* une diversité de techniques standardisées. Simultanément la puissance concurrentielle de ces interventions face aux traitements médicaux signale un dépassement du modèle de la psychothérapie classique façonné par la référence à la psychanalyse : thérapies biologiques, psychologiques, psychosociales, sont ainsi replacées sur un continuum d'offres modulables pour des problématiques et des populations ciblées, suivant des objectifs formulés en termes de recapacitation sociale des individus. Quant aux continuités et discontinuités temporelles observées dans le champ psychothérapeutique des trois pays étudiés ici elles sont, en premier lieu, liées à la capacité des groupes professionnels dominants – prioritairement les psychiatres – à défendre leurs intérêts propres, incluant, précisons-le, le pouvoir d'exercer de la façon qu'ils pensent être la meilleure. Cette capacité est, elle-même, surdéterminée par le

facteur « institution », c'est-à-dire par l'organisation des dispositifs des systèmes de santé. On a ainsi vu cette capacité plus grande dans le système français, encore largement libéral, que dans le système étatisé anglais.

Bibliographie

Des DOI sont automatiquement ajoutés aux références par Bilbo, l'outil d'annotation bibliographique d'OpenEdition.

Les utilisateurs des institutions qui sont abonnées à un des programmes freemium d'OpenEdition peuvent télécharger les références bibliographiques pour lesquelles Bilbo a trouvé un DOI.

Abbott A. (1988), *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, University of Chicago Press.

DOI : 10.7208/chicago/9780226189666.001.0001

Biarez S. (2004), « Une politique publique : la santé mentale (1970-2002) », *Revue française d'administration publique*, vol. 3, n° 11, pp. 517-531.

DOI : 10.3917/rfap.111.0517

Brinkgreve C. & A. De Swaan (1979), *A Sociologie van de psychotherapie 1: De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*, Utrecht, Antwerp, Het Spectrum Redacteur, pp. 149-158.

Castel R. (1973), *Le Psychanalisme*, Paris, Éditions Maspéro.

Castel R. (1981), *La Gestion des risques*, Paris, Éditions de Minuit.

Chamak B. (2013), « Le militantisme des associations d'usagers et de familles : l'exemple de l'autisme », *Sud/Nord, folies & cultures*, n° 25, pp. 71-80.

DOI : 10.3917/sn.025.0071

Champion F. (dir.) (2008a), *Psychothérapie et société*, Paris, Éditions Armand Colin.

Champion F. (2008b), « Les psychothérapeutes ni psychiatres-ni psychologues ni-psychanalystes, analyseurs des mutations du champ psychothérapeutique », dans Champion Françoise (dir.), *Psychothérapie et société*, Paris, Éditions Armand Colin, pp. 76-100.

De Swaan A., Van Gelderer R. & V. Kense (1979), *Sociologie van de psychotherapie 2: Het spreekuur als opgave*, Utrecht, Antwerp, Het Spectrum Redacteur.

Demailly L. (2011), « Le soin du trouble psychique en France : mutations et tensions », *Revue Sociologie Santé*, n° 34, octobre, pp. 27-53.

Depaigne A. (1998), « Les réactions à la publication d'un rapport sur la santé mentale », *L'information psychiatrique*, vol. 74, n° 4, pp. 383-393.

Dodier N. & V. Rabeharisoa (2006), « Les transformations croisées du monde "psy" et des discours du social », *Politix*, vol. 19, n° 73, pp. 9-22.
DOI : 10.3917/pox.073.0009

Ehrenberg A. (1998), *La Fatigue d'être soi*, Paris, Éditions Odile Jacob.

Ehrenberg A. (2014), « Suis-je malade de mon cerveau ou de mes idées ? », dans Chamak B. & B. Moutaud (dir.) (2014), *Neurosciences et société*, Paris, Éditions Armand Colin, pp. 255-286.

Élias N. (1991 [1970]), *Qu'est-ce que la sociologie*, La Tour d'Aigues, Éditions de l'Aube.

Fansten M. (2006), *Le Divan insoumis. La formation du psychanalyste : enjeux et idéologies*, Paris, Éditions Hermann.

Garnoussi N. (2008), « Les offres de psychothérapie sur le marché du mieux-vivre au miroir de Psychologies magazine », dans Champion F. (dir.), *Psychothérapie et société*, Paris, Éditions Armand Colin, pp. 267-285.

Garnoussi N. (2012), « Une maladie comme une autre ? Logiques de redéfinition de la dépression et du vécu dépressif », *Lien Social et Politiques*, n° 67, pp. 17-32.
DOI : 10.7202/1013014ar

Guigner S. (2011), « L'influence de l'UE sur les politiques et pratiques de santé publique : européanisation verticale et horizontale », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 29, n° 1, pp. 81-106.

Harrison S., Moran M. & B. Wood (2002), « Policy Emergence and Policy Convergence: The Case of "Scientific-bureaucratic Medicine" in the United States and United Kingdom », *The British Journal of Politics & International Relations*, vol. 4, n° 1, pp. 1-24.
DOI : 10.1111/1467-856X.41068

Hutschemaekers G. (2006), « The Dutch Case. The Rise and Decline of the Separate Profession of Psychotherapist in the Netherlands », *International Journal of Psychotherapy*, n° 10, pp. 41-52.

Hutschemaekers G., Oosterhuis H. (2004), « Psychotherapy in the Netherlands after World War II », *Medical History*, n° 48, pp. 429-48.

Hutschemaekers G. & B. Tiemens (2006), « Evidence-based Policy: From Answer to Question », dans Duyvendak J.W., Knijn T. & M. Kremer (dir.), *Professionals between People and Policy: Transformations in Care and Welfare in Europe*, Cheltenham, Edward Elgar Editor, pp. 34-47.

OMS/Europe (2006), *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf.

OMS/Europe (2008), *Policies and Practices for mental health in Europe*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf.

Oosterhuis H. (2004), « Between Institutional Psychiatry and Mental Health Care: Social Psychiatry in The Netherlands, 1916–2000 », *Medical History*, vol. 48, n° 4, pp. 413–428.

Otero M. (2003), *Les Règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Québec, Presses de l'Université Laval.

Otero M. (2011), *L'Ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression*, Montréal, Éditions Boréal.

Palier B. & Y. SUREL (2005), « Les "trois I" et l'analyse de l'État en action », *Revue française de science politique*, vol. 55, n° 1, pp. 7-32.

DOI : 10.3917/rfsp.551.0007

Philippe S. (2004), « La mise en œuvre de l'action publique : un moment problématique. L'exemple de la politique de santé mentale », *Revue française de science politique*, vol. 54, n° 2, pp. 315-334.

Piel E. & J-L. Roelandt (2001), *De la Psychiatrie vers la santé mentale*, Paris, La Documentation française.

DOI : 10.3917/vst.072.0009

Pilgrim D. (1983), *Psychology and Psychotherapy: Current Trends and Issues*, Londres, Routledge Editor

Pilgrim D. (2002), « The Emergence of Clinical Sociology as a Profession », dans Allsop J. & M. Sacks (dir.), *Regulating the Health Professions*, Londres, Sage Editor, pp. 134-147.

Pilgrim D. (2011), « The Hegemony of Cognitive-behaviour Therapy in Modern Mental Health Care », *Health Sociology Review*, vol. 20, n° 2, pp. 120–132.

DOI : 10.5172/hesr.2011.20.2.120

Pilgrim D. & A. Treacher (1992), *A Clinical Psychology Observed*, Londres, Tavistock/Routledge Editors.

Rose N. (2006), « Disorders Without Borders? The Expanding Scope of Psychiatric Practice », *BioSocieties*, n° 1, pp. 465-484.

DOI : 10.1017/S1745855206004078

Rose N. & J. M. Abi-Rached (2013), *Neuro: The New Brain Sciences and the Management of the Mind*, Princeton, Princeton University Press.

DOI : 10.1515/9781400846337

Samson C. (1995), « The Fracturing of Medical Dominance in British Psychiatry », *Sociology of Health and Illness*, vol. 17, n° 2, pp. 245-268.

DOI : 10.1111/1467-9566.ep10933403

Seignan G. (2010), « L'hygiène sociale au XIXe siècle : une physiologie morale », *Revue d'histoire du XIXe siècle*, n° 40, [En ligne], <http://rh19.revues.org/3996>, consulté le 22 septembre 2014.

DOI : 10.4000/rh19.3996

Turckle S. (1982), *La France freudienne*, Paris, Éditions Grasset.

Van Effenterre A., Azoulay M., Briffault X. & F. Champion (2012), « Psychiatres... et psychothérapeutes ? Conceptions et pratiques des internes en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, vol. 88, n° 2012/4, pp. 305-313.

DOI : 10.3917/inpsy.8804.0305

Van Effenterre A., Azoulay M., Champion F. & X. Briffault (2013), « La formation aux psychothérapies des internes de psychiatrie en France : résultats d'une enquête nationale », *L'Encéphale*, vol. 39, n° 3, pp. 155-164.

DOI : 10.1016/j.encep.2012.05.003

Notes

1 En France, le rapport d'Éric Piel et Jean-Luc Roelandt est emblématique de cette transformation (Piel & Roelandt)

2 Cf. par exemple *Le Livre vert* publié par l'Union européenne en 2005 (p. 4). Toutes les catégories sociales de la population sont touchées, avec une prévalence de troubles encore plus forte dans les couches sociales défavorisées. Notons que si, à la fin du XIX^e siècle, l'hygiène sociale se préoccupait d'un nouveau trouble, la « neurasthénie », se répandant largement dans les populations urbaines, c'était dans les classes aisées, les classes laborieuses de la révolution industrielle étant, elles, touchées dans leur corps (Seignan, 2010).

3 Certains auteurs parlent ainsi de psychiatrisation de la « condition humaine » (Rose, 2006). Or, s'il y a en effet une « psychiatrisation » de la catégorisation des problèmes psychiques, ce processus n'implique pas nécessairement une prise en charge par les psychiatres, ni même par des médecins.

4 « Champ » à entendre dans une acception large, soulignant une perspective relationnelle entre divers acteurs en constante interaction, mais non spécifiquement bourdieusienne.

5 Et d'autres, sur lesquels nous n'avons pas travaillé.

6 Rappelons que la psychiatrie anglaise est nettement d'orientation biologique et ainsi beaucoup moins encline que d'autres psychiatries à mettre en avant la complémentarité entre traitement médicamenteux et psychologique.

7 Le processus de transformation de l'intervention psychologique que nous détaillons ici à propos des Pays-Bas est un processus général conduisant à des reconfigurations professionnelles majeures comme on l'a bien vu avec la création des *Psychological Wellbeing Practitioners* anglais formés en quelques semaines.

8 Signalons que selon le récent rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la France a cessé d'être en tête de la liste des pays les plus consommateurs de psychotropes. *Panorama de la santé 2013*, OCDE.

Haut de page

Pour citer cet article

Référence électronique

Françoise Champion, Nadia Garnoussi, Giel Hutschemaekers et David Pilgrim, « Logiques des transformations du champ psychothérapeutique en Angleterre, France et Pays-Bas : spécificité nationales et tendances communes », *SociologieS* [En ligne], Théories et

recherches, mis en ligne le 10 novembre 2014, consulté le 20 septembre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/sociologies/4866> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/sociologies.4866>

Cet article est cité par

- Balegamire, Juvenal Bazilashe Mukungu. (2021) *Innovations in Global Mental Health*. DOI: 10.1007/978-3-030-57296-9_146
- Balegamire, Juvenal Bazilashe Mukungu. (2021) *Innovations in Global Mental Health*. DOI: 10.1007/978-3-319-70134-9_146-1
- Champion, Françoise. Garnoussi, Nadia. (2017) La vie humaine au prisme de la question contemporaine de la santé mentale. *Revue française d'éthique appliquée*, N° 3. DOI: 10.3917/rfeap.003.0057

Auteurs

Françoise Champion

Sociologue, Chargée de recherches honoraire au CNRS - fchampion@noos.fr

Nadia Garnoussi

Maître de conférence en sociologie, Université de Lille 3/ CeRIES - ngarnoussi@gmail.com

Articles du même auteur

- L'institution et ses professionnels face à la rationalisation des soins de santé : résistances, contournements, accommodements [Texte intégral]

Introduction au Dossier

The institution and its professionals facing healthcare' rationalization : resistances, circumventions, adjustments. Introduction

Paru dans *SociologieS*, Dossiers

- La rationalisation du travail psychothérapeutique des infirmier.es dans la psychiatrie publique. Enjeux idéologiques et professionnels [Texte intégral]

Rationalization of nurses' therapeutic work in public psychiatry. Ideological and professional issues

Paru dans *SociologieS*, Dossiers

Giel Hutschemaekers

Professeur de Psychologie, Radboud University, Pays-Bas - g.hutschemaekers@acsw.ru.nl

David Pilgrim

Professeur de sociologie, University of Liverpool, Royaume-Uni
- David.Pilgrim@liverpool.ac.uk

Droits d'auteur



Creative Commons - Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0
International - CC BY-NC-ND 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>