



Vers une psychiatrie sans soin ? Extrapolations critiques à partir du paradigme du non-soin américain

Jean-François Delaporte

DANS **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE** 2025/7 Vol. 101, PAGES 523 À 527
ÉDITIONS **JLE ÉDITIONS**

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2025.2919

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-linformation-psychiatrique-2025-7-page-523?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE Éditions.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://stm.cairn.info/revue-linformation-psychiatrique-2025-7-page-523?lang=fr).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Vers une psychiatrie sans soin ? Extrapolations critiques à partir du paradigme du non-soin américain

Jean-François Delaporte

¹ Praticien hospitalier
Pôle de psychiatrie adulte
Centre hospitalier de Gonesse
2, boulevard du 19-Mars-1962
95500 Gonesse, France

Résumé. À partir de l'analyse du philosophe Alexandre Monnin sur le « non-soin » en médecine aux États-Unis, cet article propose une lecture critique des évolutions ces vingt dernières années de la psychiatrie publique française. Il met en évidence une transformation insidieuse du soin : désinvestissement des institutions, tri implicite des patients, injonction à l'autonomie, montée des plateformes expertes et pilotage algorithmique. Ces dynamiques tendent à redéfinir le soin comme un processus conditionnel, fragmenté, centré sur l'évaluation et la conformité à des normes prédictives, plutôt que sur une relation clinique durable. Sans qu'il soit possible de parler d'un basculement explicite vers le non-soin, l'enchevêtrement progressif de ces logiques soulève des interrogations sérieuses quant à l'avenir des principes éthiques, cliniques et institutionnels qui ont modelé la psychiatrie publique française depuis la deuxième moitié du vingtième siècle.

Mots clés : psychiatrie, désinstitutionnalisation, histoire de la psychiatrie, étude critique, politique de santé

Abstract. Toward a psychiatry without care? Critical extrapolations from the American non-care paradigm. Based on the philosopher Alexandre Monnin's analysis of the "non-care" model in medicine in the United States, this article offers a critical examination of changes in French public psychiatry over the past twenty years. It reveals an insidious transformation: underfunding of institutions, implicit patient triage, the push for patient autonomy, and the rise of expert platforms and algorithmic management. These dynamics are redefining care as a conditional, fragmented process focused on assessment and compliance with predictive standards, rather than on a lasting clinical relationship. Though it is not yet possible to speak of an explicit shift toward non-care, as these logics gradually intertwine, serious questions arise about the future of the ethical, clinical, and institutional principles that have shaped French public psychiatry since the second half of the twentieth century.

Keywords: psychiatry, deinstitutionalization, history of psychiatry, critical study, health policy

Resumen. ¿Hacia una psiquiatría sin cuidados? Extrapolaciones críticas a partir del paradigma estadounidense de no-cuidados. A partir del análisis del filósofo Alexandre Monnin sobre el «no cuidado» en la medicina de Estados Unidos, este artículo propone una lectura crítica de la evolución de la psiquiatría pública francesa en los últimos veinte años. Destaca una transformación insidiosa de los cuidados: la desinversión en las instituciones, la selección implícita de los pacientes, el mandato a la autonomía, el auge de las plataformas de expertos y el control algorítmico. Estas dinámicas tienden a redefinir la asistencia como un proceso condicional y fragmentado, centrado en la evaluación y el cumplimiento de normas predictivas, más que en una relación clínica duradera. Si bien no se puede hablar de un giro explícito hacia el no-cuidado, el enredo progresivo de estas lógicas plantea serias interrogantes sobre el futuro de los principios éticos, clínicos e institucionales que han dado forma a la psiquiatría pública francesa desde la segunda mitad del siglo XX.

Palabras clave: psiquiatría, desinstitutionalización, historia de la psiquiatría, estudio crítico, política sanitaria

Dans un article publié le 12 juin 2025 dans *AOC Média*, le philosophe Alexandre Monnin propose une analyse inédite et troublante du devenir contemporain de la médecine, plus spécifiquement aux États-Unis : celui d'une orientation vers le non-soin comme stratégie assumée

Correspondance : J.-Fr. Delaporte
<jean-francois.delaporte@ch-gonesse.fr>

et non plus comme simple conséquence de l'austérité ou d'une désorganisation institutionnelle [1]. Ce renversement paradigmatique ne se présente pas toujours pour ce qu'il est : il avance masqué, sous les traits d'un discours valorisant l'autonomie, la prévention, la soutenabilité écologique ou encore l'innovation technologique.

Loin d'être cantonnée à la critique et à la dénonciation d'un secteur médical défaillant, la réflexion d'Alexandre

Monnin interroge un changement d'imaginaire politique : le soin n'est plus un droit inconditionnel, mais un privilège conditionné à la conformité à certains standards de performance biologique, sociale ou comportementale. L'accès aux soins devient modulé, trié, externalisé, et parfois même marchandisé sous des formes techniciées de prévention et de « *self-care* » algorithmique. Les patients, quant à eux, sont progressivement redéfinis comme profils à risque, producteurs de données, objets d'optimisation – mais non nécessairement destinataires d'une prise en charge thérapeutique [1].

Si l'analyse d'Alexandre Monnin porte spécifiquement sur le système de santé américain, ses développements nous ont semblé permettre une extrapolation critique au champ de la santé mentale en France, et plus particulièrement à celui de la psychiatrie publique, dont les évolutions de ces vingt dernières années présentent plusieurs points de convergence inquiétants. Il ne s'agit pas ici de soutenir que la psychiatrie publique en France aurait d'ores et déjà basculé dans une politique active du non-soin. Mais les signaux faibles s'accumulent : réduction des moyens, désinstitutionalisation sans alternatives, montée en puissance des logiques gestionnaires et tri implicite des patients selon leur « profil de réhabilitation ». Autant de glissements qui, sans rupture formelle, sont à même de modifier en profondeur le sens même du soin psychiatrique.

Une psychiatrie en désinstitutionalisation sans stratégie de soin

Depuis plus de deux décennies, la psychiatrie publique française traverse une crise à la fois budgétaire, institutionnelle et symbolique. Les fermetures de lits d'hospitalisation, la raréfaction des équipes pluridisciplinaires, les déserts médicaux psychiatriques, et la dégradation continue des conditions de travail dans les services spécialisés sont les symptômes d'un désinvestissement structurel. Cette dynamique s'est accélérée au nom d'un « virage ambulatoire », selon lequel l'avenir de la psychiatrie résiderait dans le développement des soins extrahospitaliers.

Or, ce redéploiement vers l'ambulatoire s'est effectué sans augmentation corrélative des moyens humains et logistiques pour les centres médico-psychologiques (CMP), qui restent les chevilles ouvrières de la sectorisation. Ainsi, ce prétendu virage se traduit souvent dans les faits par une désinstitutionalisation sans stratégie de substitution, laissant nombre de patients sans solution réelle de soin. Les usagers les plus vulnérables – en situation de précarité sociale, avec troubles sévères ou pathologies chroniques – sont particulièrement exposés à cette rupture de la continuité thérapeutique.

Cette situation rappelle l'analyse d'Alexandre Monnin sur le désengagement actif des institutions, masqué par des rhétoriques d'efficacité ou de « parcours optimisés ». En psychiatrie, cette logique tend à invisibiliser

les personnes qui ne correspondent pas au modèle implicite du « patient réhabilitable », à l'image du *soft eugenics* décrit dans l'article d'AOC : une forme insidieuse de tri managérial, non plus fondée sur des critères cliniques explicites, mais sur des projections d'adhésion aux normes du soin [1].

L'autonomie comme injonction : entre responsabilisation et désengagement

Parmi les lignes de force identifiées par Alexandre Monnin figure la reconfiguration du soin autour de la notion d'autonomie, présentée comme un objectif émancipateur mais souvent utilisée comme un levier de désengagement institutionnel. Aux États-Unis, cette rhétorique est portée par des dispositifs¹ promus comme innovants, où l'individu est sommé de « reprendre le contrôle sur sa santé » – que ce soit par des bilans biologiques, des modifications de mode de vie, ou l'intégration de routines préventives. Mais cette autonomie, valorisée comme forme d'*empowerment*, masque une réalité plus sombre : le retrait des prises en charge structurées, la délégation implicite de la responsabilité thérapeutique, et, souvent, la culpabilisation de ceux qui échouent à se conformer aux injonctions normatives du bien-vivre.

Pour la psychiatrie publique française, une dynamique analogue peut être observée. L'autonomie du patient est désormais invoquée dans les réformes comme une visée centrale, y compris pour les usagers atteints de troubles psychiques graves. Or, dans de nombreux cas, cette orientation se traduit par un glissement vers l'externalisation du soin : les dispositifs de soutien institutionnel tendent à se réduire dangereusement, et l'utilisateur est invité à « gérer » son parcours avec des outils d'autosurveillance, des plateformes, ou des « plans personnalisés » souvent sans suivi effectif. Cette tendance fait peser une lourde charge sur les familles et les proches, contraints d'assumer un accompagnement que les institutions désertent.

La psychiatrie, plus encore que d'autres disciplines médicales, nécessite une relation d'accompagnement durable, clinique, institutionnelle. Or, en promouvant des logiques individualisées – parfois sous couvert de modernisation – le soin devient une performance, et la vulnérabilité, un échec personnel². Cette logique, selon Alexandre Monnin, est caractéristique du « post-soin »

¹ Alexandre Monnin [1] : voir sa description du programme fédéral américain MAHA (*Make America Healthy Again*), centré sur la prévention, visant officiellement à améliorer la santé publique, mais critiqué pour réduire les coûts en limitant l'accès au soin réel, surtout pour les personnes considérées comme peu rentables.

² Alexandre Monnin [1] : voir également son analyse de *Function Health*, où les tests biologiques non encadrés sont présentés comme outils d'autonomie alors qu'ils s'inscrivent dans une logique marchande, culpabilisante, sans prise en charge réelle, et déconnectée des institutions publiques.

algorithmique : une biopolitique qui remplace la relation par la donnée, et l'attention par la conformité aux normes comportementales [1].

Un tri implicite et progressif : vers un abandon segmenté du soin

Alexandre Monnin mobilise dans son article le concept d'abandon extractif (*extractive abandonment*), forgé par Beatrice Adler-Bolton et Artie Vierkant [2], pour décrire une situation où certaines populations, tout en étant privées de soins, restent intégrées à des dispositifs de captation de valeur – par exemple via les données de santé, les expérimentations ou les projections comportementales. Le soin, dans ce modèle, devient un filtre : seules certaines vies, jugées « rentables » ou « optimisables », méritent encore d'être accompagnées.

En psychiatrie française, bien qu'aucune politique explicite de tri n'ait été formulée, on observe une tendance convergente. Le désengagement institutionnel, couplé à l'insuffisance chronique de moyens, induit un tri silencieux des patients : ceux qui présentent un profil « stabilisable », coopératif, socialement insérable, bénéficient d'un minimum de suivi. Ceux dont la pathologie est sévère, chronique, associée à des situations de précarité extrême ou de ruptures sociales, peinent à trouver une place dans les circuits de soin. Ils sont alors orientés vers des dispositifs résiduels, souvent inadaptés, ou laissés en errance thérapeutique.

Cela se manifeste notamment par la saturation des urgences psychiatriques, l'orientation vers des structures médico-sociales non spécialisées, ou pire, vers des formes de prise en charge contrainte : un hébergement d'urgence non médicalisé, des placements et des maintiens d'office préfectoraux en hospitalisation, ou une incarcération faute de soin. Les rapports ne cessent de souligner la surreprésentation des personnes atteintes de troubles psychiatriques en prison, révélant l'échec collectif à leur proposer une alternative soignante.

Ce tri n'est jamais explicitement formulé comme tel. Il résulte de l'empilement de contraintes budgétaires, gestionnaires et réglementaires, mais aussi d'un changement implicite de norme : celle du « patient méritant », capable de se conformer aux exigences d'un parcours balisé. Loin d'être un simple effet secondaire, cette sélection progressive s'inscrit dans une logique qui, à terme, rejoint celle du « non-soin optimisé » décrite par Alexandre Monnin.

Plateformes expertes, privatisation douce et influence de FondaMental

Dans un contexte de transformation plus ou moins silencieuse du soin, certaines initiatives parapubliques ou privées, portées par des fondations, associations

ou consortiums technoscientifiques, participent activement à la redéfinition du paysage de la psychiatrie française. L'une des plus influentes est sans doute la Fondation FondaMental, fondée en 2007 par le professeur Marion Leboyer, et soutenue par des partenariats publics-privés mêlant recherche académique, industries pharmaceutiques et assurances.

FondaMental se positionne comme un acteur incontournable de l'innovation en psychiatrie, et promeut depuis plusieurs années le modèle des plateformes expertes : des centres de diagnostic et de recherche spécialisés dans les troubles psychiatriques majeurs (bipolarité, schizophrénie, dépression résistante, TDAH, etc.), qui centralisent les évaluations cliniques et biologiques des patients orientés par d'autres structures. Or, ces plateformes ne sont pas des lieux de soin au sens plein du terme : elles ne garantissent ni continuité clinique, ni accompagnement thérapeutique durable.

Cette approche, centrée sur l'identification de biomarqueurs, de profils de risque et de réponses aux traitements, repose sur une vision technicisée et prédictive de la santé mentale, qui rejoint à plusieurs égards les modèles analysés par Alexandre Monnin dans son article : substitution de la clinique par la donnée, fragmentation des parcours, et réduction du soin à un acte de tri scientifique. En cela, FondaMental contribue à installer un imaginaire managérial du soin psychiatrique, où l'enjeu est moins de prendre en charge que d'optimiser l'allocation des ressources selon des critères d'efficacité mesurable.

En outre, la fondation exerce une influence active sur les politiques publiques à travers un lobbying plus ou moins assumé, en se présentant comme le vecteur légitime de la « psychiatrie de demain ». Mais cette légitimité repose souvent sur une double ambiguïté : d'une part, elle revendique une mission d'intérêt général tout en s'appuyant sur des logiques d'externalisation partielle des soins publics ; d'autre part, elle valorise des innovations qui, en l'état, ne sont pas généralisables à l'ensemble des patients, notamment les plus précaires ou les moins conformes aux modèles de compliance attendue.

À l'image des entreprises américaines de la *Root cause medicine*³ citées par Alexandre Monnin, qui offrent des bilans biologiques sans traitement réel, FondaMental participe d'une reconfiguration du soin en prestation évaluative : un moment d'expertise sans promesse de suivi, où le patient devient un cas à modéliser, plutôt qu'un sujet à accompagner. D'autant plus que sa prétention à la scientificité pour peser dans le débat public et politique est loin d'être forcément rigoureuse [3].

³ La *Root cause medicine* (ou « médecine de la cause profonde ») est une approche de soins de santé de plus en plus populaire aux États-Unis, qui vise à identifier et traiter la cause sous-jacente d'une maladie, plutôt que simplement atténuer les symptômes avec des médicaments. Une forme de « naturopathie ».

CMPP et plateformes TND : une bifurcation silencieuse vers le tri ?

Un autre indicateur préoccupant de cette dynamique de transformation du soin est la pression croissante exercée, dans certaines régions, sur les CMPP (*centres médico-psycho-pédagogiques*) pour qu'ils se transforment en plateformes d'évaluation des troubles du neurodéveloppement (TND) [4]. Ces centres, historiquement conçus pour offrir une prise en charge pluridisciplinaire, gratuite, souple et durable aux enfants en souffrance psychique, sont désormais incités à « recentrer leur mission » sur le diagnostic précoce, l'évaluation standardisée et l'orientation rapide.

Cette évolution s'inscrit dans une stratégie affichée de réduction des délais d'attente pour les enfants présentant des signes de TND (autisme, TDAH, troubles du langage, etc.). Mais elle traduit aussi une logique plus structurelle de tri implicite des usagers, en fonction de leur aptitude à entrer dans des parcours prédéfinis. L'enfant qui « correspond » au modèle du trouble neurodéveloppemental balisé est orienté – quand les ressources le permettent – vers des dispositifs spécialisés. Celui dont la situation est plus complexe (souffrance psychique diffuse, comorbidités, précarité familiale) risque de ne pas entrer dans le moule, et d'être relégué à des structures moins dotées, ou à une attente prolongée sans prise en charge réelle.

Dans certains territoires, cette transformation est mise en œuvre de façon autoritaire, par pression des autorités de tutelle, ou sous l'effet d'orientations budgétaires. Ailleurs, les CMPP conservent une certaine latitude d'action grâce à l'attachement des équipes à une approche globale et clinique, ou à l'engagement d'associations gestionnaires qui refusent d'abandonner leur mission historique. Cette hétérogénéité du paysage crée des inégalités majeures entre départements, aggravant encore les disparités d'accès aux soins psychiques pour les enfants [4].

Ce glissement des CMPP vers un rôle de tri orienté, s'il n'est pas formellement inspiré du modèle américain, en reproduit certains effets : il technicise la relation de soin, valorise les parcours standardisés, fragmente les accompagnements, et désinstitutionnalise les prises en charge dans la durée. Il repose également sur une modélisation du développement de l'enfant qui tend à confondre repérage et soin, et à substituer à la complexité clinique une logique d'éligibilité ou de conformité au protocole.

Or, cette dynamique soulève une question cruciale : dans quelle mesure la santé mentale de l'enfant – pensée après-guerre comme un processus relationnel, social et subjectif – peut-elle être traduite en grille d'évaluation neurodéveloppementale sans perte de sens ni d'éthique du soin ? Le risque est que les CMPP, lieux de lien, de temporalité longue, d'invention clinique, deviennent

les antichambres d'un tri précoce vers des filières différenciées, où certains enfants seront suivis, et d'autres, simplement catégorisés puis oubliés.

Algorithmes, scoring, données : la santé mentale à l'épreuve du pilotage numérique

L'un des aspects les plus saillants du texte d'Alexandre Monnin dans *AOC Média* est sa critique du modèle techno-sanitaire qui s'impose aux États-Unis : capteurs, biomarqueurs, auto-mesure, plateformes d'analyse, mais sans réelle prise en charge. La donnée remplace la clinique, le profil de risque supplante le sujet souffrant, et la conformité comportementale devient l'objectif implicite du soin [1].

En France, cette logique à l'échelle de l'individu n'est pas (encore) à l'œuvre, mais certains signaux suggèrent une orientation possible vers des outils de pilotage algorithmique des institutions, notamment celles de la psychiatrie. Il ne s'agit pas de modélisations massives de parcours comme aux États-Unis, mais de dispositifs ciblés, qui visent à rationaliser l'activité des établissements psychiatriques, par des indicateurs de productivité et des ratios de file active [5].

Par exemple, certaines agences régionales de santé (ARS) ont commencé à expérimenter des tableaux de bord numériques pour suivre la « performance » des centres médico-psychologiques ou des structures hospitalières, en intégrant des données quantitatives (délai moyen de consultation, durée moyenne de séjour, fréquence des hospitalisations, etc.) qui sont censés servir à des orientations stratégiques.

En parallèle, la création du *Health Data Hub* – une plateforme nationale de centralisation des données de santé – ouvre de nouveaux usages en matière de santé mentale. Si son objectif affiché est de faciliter la recherche, l'épidémiologie et l'amélioration du système de soins, la centralisation de ces données sensibles soulève des interrogations sur leur exploitation secondaire : modélisation des risques, profils d'usagers, prédiction de trajectoires. Pour l'instant, les données psychiatriques y sont partiellement intégrées, mais la perspective d'un élargissement est plausible⁴.

Dans ce contexte, on peut craindre que la psychiatrie – discipline déjà fragilisée – soit peu à peu absorbée par une logique de *scoring* sanitaire, où les critères de suivi seraient déterminés non par la clinique mais par des algorithmes d'optimisation. Cette évolution ferait écho, même à distance, aux critiques d'Alexandre Monnin :

⁴ Sur les premiers usages du *Health Data Hub*, voir <https://www.health-data-hub.fr>. Le projet vise à centraliser les données de santé issues de la Sécurité sociale, des hôpitaux, des laboratoires et de l'Assurance-maladie. En matière de santé mentale, l'intégration reste partielle, mais certaines données issues du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) psychiatrique y figurent déjà.

le soin devient un vecteur de tri automatisé, où l'intervention n'a lieu que si les données le justifient, et où les particularismes et/ou les subjectivités trop dissonantes sont exclues du modèle prédictif.

Conclusion : vers une psychiatrie sans soin ? Un risque à ne pas sous-estimer

L'article d'Alexandre Monnin du 12 juin 2025 dans *AOC Média* ne porte pas spécifiquement sur la psychiatrie, mais sur les mutations systémiques de la médecine aux États-Unis, où le soin devient conditionnel, managérialisé, préempté par les logiques d'optimisation et de tri comportemental. Toutefois, à la lumière des évolutions analysées ici – en France –, son diagnostic soulève une question troublante : la psychiatrie française pourrait-elle s'engager, à son tour, dans une logique de « non-soin » ?

Rien, à ce jour, ne permet d'affirmer que ce scénario soit pleinement en cours. La situation française reste marquée par un attachement institutionnel à la sectorisation, à la gratuité des soins, et à une certaine éthique clinique. Mais les tendances à l'œuvre – désinvestissement des structures publiques, montée des plateformes spécialisées, segmentation des parcours, technicisation des diagnostics, tri implicite des publics – constituent des signaux faibles qu'il convient de ne pas négliger.

Ce n'est pas une intention explicite qui serait à l'origine de ce basculement, mais une addition de décisions politiques, gestionnaires et scientifiques, qui réorientent la psychiatrie vers un modèle de performance, de ciblage, de priorisation. Dans ce cadre, le

soin ne disparaît pas : il se reconfigure, au risque de devenir sélectif, déshumanisé, voire instrumental.

Le véritable enjeu, dès lors, est de repolitiser le soin psychique, non comme coût à réduire ou performance à standardiser, mais comme bien commun à défendre, fondé sur l'attention, la relation, la durée, et l'égalité d'accès. La psychiatrie – en tant que champ clinique, institutionnel et symbolique – ne doit pas devenir le laboratoire d'une médecine sans patients, ou d'une santé mentale sans subjectivité. Il est urgent de rouvrir le débat, d'écouter les praticiens, les patients, les familles, et de refonder une politique du soin psychiatrique en France à la hauteur des vulnérabilités qu'elle prétend accompagner.

Liens d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

1. Monnin A. *Ne plus soigner : une tendance actuelle*. AOC 12 juin 2025. <https://aoc.media/analyse/2025/06/11/ne-plus-soigner-une-tendance-actuelle> (consulté le 15 juin 2025).
2. Adler-Bolton B, Vierkant A. *Health Communism*. Londres : Verso, 2022.
3. APMnews. *Le plaidoyer de la Fondation Fondamental manque de fondement scientifique, selon des chercheurs*. 4 juin 2025. <https://www.apmnews.com/depeche/176353/424106/le-plaidoyer-de-la-fondation-fondamental-manque-de-fondement-scientifique> (consulté le 15 juin 2025).
4. Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques (FDCMPP). *Missions socle des CMPP*. Paris : FDCMPP, 2022. https://www.fdcmpp.fr/IMG/pdf/fdcmpp_-_missions_socle_des_cmpp_au_11.02.2022.pdf (consulté le 20 juin 2025).
5. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). *Indicateurs pour la psychiatrie : mesure des hospitalisations de longue durée à temps plein en soins libres (IFAQ-psy)*. Décembre 2022. https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4231/fiche_descriptive_ifaq_-_indicateurs_pour_la_psychiatrie_-_mesure_des_hospitalisations_de_longue_duree_a_temps_plein_en_soins_libres_dec_2022.pdf (consulté le 20 juin 2025).