

Les commissions régionales des foyers de vie, d'hébergement et des services d'accompagnement se trouvant confrontés aux troubles psychiques de certaines personnes accueillies, ont souhaité approfondir les contours du « handicap psychique » et des réponses à y apporter, notamment celui de l'articulation avec le secteur sanitaire de psychiatrie. La commission « handicap d'origine psychique » a rejoint cette réflexion pour organiser une journée d'étude, la première organisée par le CREAI sur le sujet en Bourgogne, qui s'est tenue le 13 mars 2012 à Dijon. Nous publions la conférence introductive d'Anne DUSART qui propose des repères éclairants pour aborder ces questions complexes.

## Le handicap dit "psychique"

par **Anne DUSART**, conseillère technique du CREAI de Bourgogne

Pour introduire cette journée, je vous propose quelques remarques sur les ambiguïtés auxquelles confronte l'expression devenue si fréquente de "handicap psychique", qui est employée dans des acceptions qui varient sensiblement. Ses contours étant divers selon les locuteurs, et pas toujours précisés, l'expression prête à malentendus et son existence même soulève des interrogations.

### ➤ Une notion peu fondée mais pratique pour faire avancer les choses

Chacun sait ici que jusqu'à peu nous ne disposions pas de définition juridique du handicap, ce qui n'est plus le cas depuis 2005. En effet, la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 s'était contentée de dire qu'étaient handicapées les personnes désignées comme telles par les commissions *ad hoc* (les CDES et COTOREP). Or, dès son article 2, la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées introduit une définition assez précise du handicap. Elle le désigne comme étant une "limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société" de quelqu'un ayant "une altération [...] d'une ou plusieurs fonctions". Dans la liste des fonctions susceptibles d'être atteintes, elle introduit la notion de "fonctions psychiques" en les différenciant des "fonctions mentales" (sous entendu *intellectuelles*) et des "fonctions cognitives" (on pense en particulier aux troubles neurologiques consécutifs à une lésion cérébrale accidentelle ou dégénérative).

Il résulte de cette définition que beaucoup d'acteurs du champ concerné affirment que le "handicap psychique" est officiellement reconnu avec la loi de 2005. Or, quand on regarde bien le texte législatif, ce n'est pas ce qui est écrit : il y a bien une reconnaissance de l'implication des fonctions psychiques dans une partie des situations de handicap, mais sans pour autant que le vocable "handicap psychique" figure dans la loi.

Pourtant, l'expression "handicap psychique" existait en dehors du contexte législatif : Jean-Yves BARREYRE et Yara MAKDESSI en identifient une première formulation en 1966, utilisée comme titre d'un article du psychiatre Pierre DOUSSINET. Ce vocable est donc ancien dans le champ professionnel même s'il n'était guère usité et, bien que la loi de 2005 n'emploie pas cette formule, elle semble en avoir légitimé l'usage et l'avoir porté sur le devant de la scène.

On sait qu'il y a eu toute une controverse dans le champ psychiatrique autour de l'opportunité ou non de glisser de "maladie mentale" à "handicap psychique", sur les enjeux de cette double substitution (il ne s'agit plus de *maladie* mais de *handicap* et *mental* devient *psychique*). Sans revenir sur ce vif débat (passionnant pour qui s'intéresse à l'évolution des représentations), j'invite à interroger la pertinence d'utiliser l'expression "handicap psychique", nulle part définie de manière consensuelle, ni dans la législation comme on vient de voir, ni dans des travaux scientifiques.

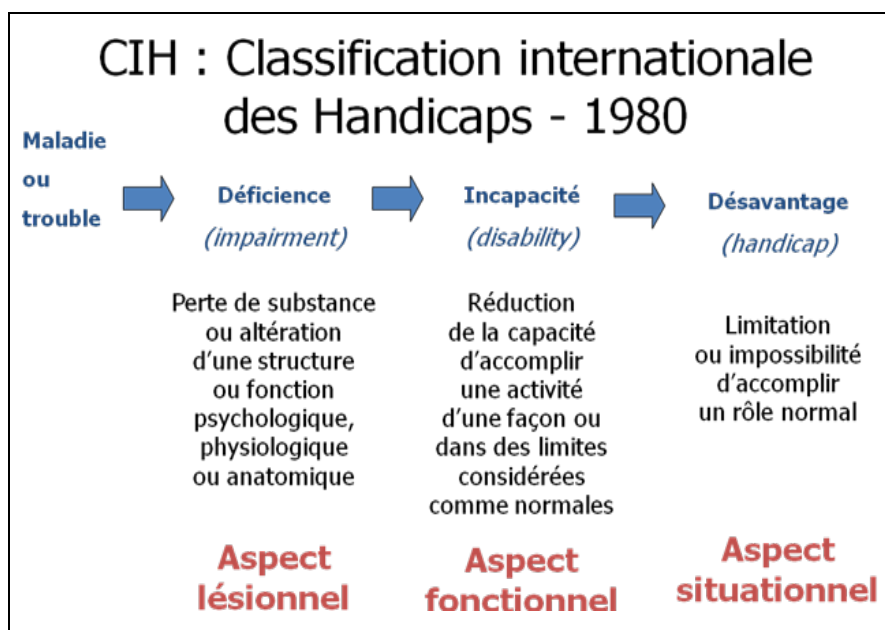
Cette expression peut être considérée comme une notion de combat, tant elle a été utilisée dans une dimension militante pour faire reconnaître une cause. Ce sont en effet les associations (l'UNAFAM, la FNAPSY, la Fédération des Croix-Marines) qui l'ont employée pour attirer l'attention du public et des politiques sur des situations mal prises en compte, parce que situées dans les interstices du sanitaire, du médico-social et du social, dans des zones liminaires entre maladie, handicap et simple trouble. La volonté des associations était également d'arracher les personnes concernées de l'emprise de la seule psychiatrie pour combiner le soin avec d'autres approches.

C'est donc une formule qui fait avancer une cause longtemps discrète en lui donnant de la visibilité dans l'espace public. Le terme de *psychique* s'en trouve du coup adopté, voire revendiqué par les protagonistes. C'est flagrant pour l'UNAFAM puisque la référence à la maladie mentale, présente dans son sigle (Union Nationale des Familles d'Amis de Malades mentaux), est remplacée par "*personnes malades psychiques*". L'argumentaire appuyant cette substitution met en avant un risque de confusion entre *maladie mentale* et *handicap mental* avec l'idée que le *mental* renvoie à la déficience (sous entendue intellectuelle), donc une vision plus défectologique, moins "noble" que le *psychique*. Or, même si dans la clinique ces deux réalités peuvent se combiner, dans la tradition psychiatrique, la maladie mentale n'est pas confondue avec la déficience intellectuelle (ou plus anciennement, la *débilité* ou l'*arriération*) pas plus que dans la tradition médico-sociale, le handicap mental n'est confondu avec la maladie psychique. Il y avait par exemple des institutions avec une autorisation pour les "*malades mentaux stabilisés*" (peu nombreuses !), et par ailleurs des structures pour personnes déficientes intellectuelles ("*retard mental*" selon la nomenclature) et, dans ce cas seulement, on parlait de handicap mental.

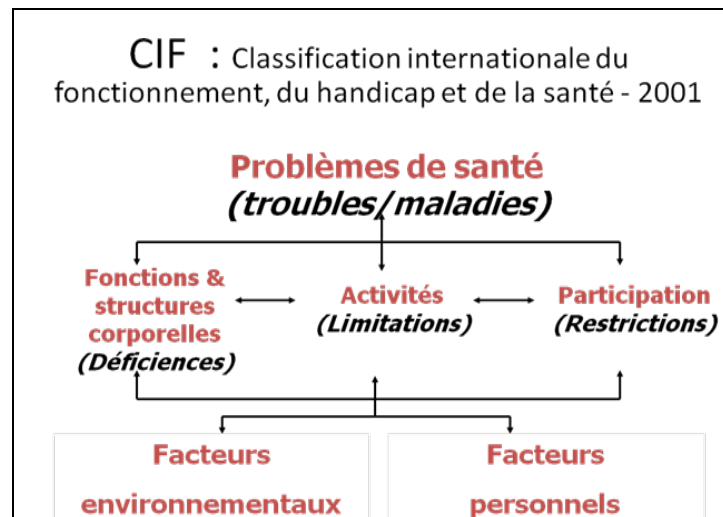
Quoiqu'il en soit, depuis une petite décennie, la notion militante de "handicap psychique" a promu l'idée de s'occuper de toutes les facettes des difficultés que rencontrent les personnes affectées d'un handicap dit psychique. Et il existe maintenant un consensus sur la nécessité de prendre en considération le handicap d'origine psychique et de promouvoir, à côté du soin, toute une palette de réponses adaptées pour un accompagnement au quotidien.

### ➤ Un contre sens au regard du modèle situationnel du handicap

Mais l'expression est surtout contradictoire si on la regarde cette fois-ci à la lueur de la CIF : outre qu'elle dénature la lettre et l'esprit de la loi, l'expression "*handicap psychique*" constitue une véritable aberration du point de vue de la Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé.



Rappelons-nous l'innovation qu'ont apportée, il y a maintenant plusieurs décennies, la CIH puis la CIF en dissociant les aspects lésionnels, fonctionnels et situationnels d'une difficulté en lien avec un problème de santé, difficulté constituant ou non un handicap selon le contexte. A déficience équivalente, je peux être handicapée ici et pas ailleurs, maintenant et pas demain, d'où l'expression justifiée (quoi que parfois utilisée trop largement) de "personnes en situation de handicap". A partir de là, le handicap n'est plus confondu avec la déficience mais au contraire considéré comme ce qui résulte (ou non) d'interactions entre des particularités qui tiennent à la personne et à un environnement social donné.



Depuis plus de 30 ans (la première version de la CIH date de 1980), ce modèle nous invite à penser différemment les conséquences des troubles mentaux. Il y a des déficiences qu'on peut qualifier de "psychiques" ou plutôt des altérations de capacités psychiques, que ce soient des troubles de la vie émotionnelle (anxiété, indifférence, discordance,...), de la pensée (idées obsessionnelles, confusion, délire,...), des troubles de la perception (hallucinations, déréalisation,...), des troubles du comportement (agitation, repli sur soi, compulsion, agressivité contre soi ou contre les autres, rites obsessionnels, phobies,...), des troubles de l'humeur (excitation maniaque, dépression,...), des troubles de la conscience, etc. Il s'agit de la dimension perturbée ou déficitaire (parfois excédentaire !) du fonctionnement du sujet au regard de la norme, générée par les troubles mentaux.

**Déficiences psychiques (CIH)  
ou altérations des fonctions psychiques (CIF)**

Ex : critères du Guide- Barème d'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées adultes

- Troubles de la volition (impossibilité d'agir par incapacité à vouloir et décider, négativisme, ou au contraire incapacité à s'empêcher d'agir, compulsions obsessionnelles)
- Troubles de la pensée (idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur ou appauvrissement de la pensée, délire)
- Troubles de la perception (hallucinations, déréalisation)
- Troubles de la communication et du langage, repli autistique
- Troubles du comportement (agitation, agressivité contre soi et contre les autres, rites obsessionnels, phobies)
- Troubles de l'humeur (troubles dépressifs, agitation psychomotrice, états maniaques)
- Troubles de la conscience et de la vigilance
- Troubles intellectuels (difficultés de conceptualisation et d'abstraction, troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, de l'orientation temporelle et spatiale)
- Troubles de la vie émotionnelle et affective (anxiété, angoisse, indifférence, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère)
- Expressions somatiques (somatisations, plaintes, altération de l'état général).

Ce fonctionnement psychique perturbé est à différencier de l'incapacité (CIH) ou des limitations d'activités (CIF) proprement dites, c'est-à-dire des difficultés que la personne peut rencontrer du fait de ses troubles pour accomplir des activités considérées comme normales : difficultés à entreprendre, à prendre soin d'elle et son logement, à entrer en relation, à admettre ses troubles, à accepter une relation d'aide, etc.

**Incapacités (CIH) ou limitations d'activité (CIF)  
de personnes présentant des déficiences psychiques**

- Difficulté à entreprendre, à faire des projets
- Difficulté à prendre soin de soi  
(hygiène, alimentation, traitements,...)
- Difficulté à entretenir son espace personnel (logement)
- Difficulté à entrer en relation avec autrui
- Difficulté à réprimer son hostilité dans les relations
- Difficulté à percevoir ses difficultés  
et à accepter de l'aide
- ...

Ces difficultés sont bien du registre, non pas de la déficience, mais de l'incapacité, et secondairement seulement peuvent générer un désavantage (CIH) ou une restriction de participation (CIF). Ce sont des personnes qui, du fait de ce que je viens de décrire, se trouvent souvent rejetées des institutions, y compris des institutions primaires qui assurent la socialisation (crèche, école, associations) et en butte à différentes formes de marginalisation. Elles rencontrent d'importantes difficultés de scolarisation (les enfants perturbés sont des enfants perturbants pour les institutions classiques), une impossibilité à trouver ou à garder un emploi une fois adulte, une difficulté à maintenir des liens familiaux et sociaux. Elles font souvent l'expérience d'une grande solitude, de réactions de malaise ou de rejet et courent davantage de risques d'être victimes de violences. Avoir une vie sociale et citoyenne normale leur est difficile par manque de ressources, y compris financières, par isolement et stigmatisation.

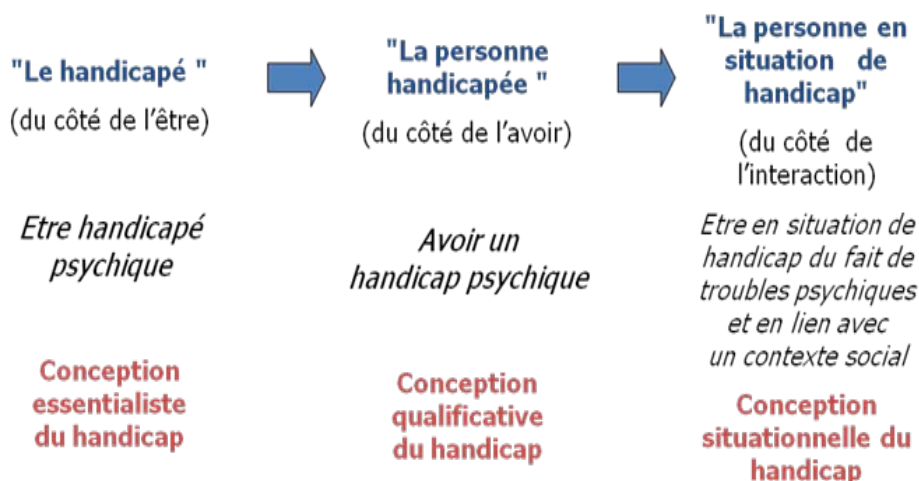
Là est le handicap et non pas dans le trouble proprement dit. C'est le trouble qu'on peut qualifier de psychique, non le handicap qui lui est davantage de nature sociale, puisqu'il dépend largement de la manière dont la société réagit face à une personne psychologiquement perturbée, ce qui est hautement culturel comme le montrent les deux décentrements, respectivement dans le temps et dans l'espace, que sont l'histoire et l'anthropologie.

### Désavantages (CIH) ou restrictions de participation (CIF) de personnes présentant des incapacités en lien avec des déficiences psychiques

- Non acceptation dans les structures de la petite enfance et les structures de loisirs
- Rejet de l'école ou difficulté de scolarisation
- Impossibilité de trouver ou garder un emploi
- Difficulté à accéder à certains soins somatiques ou psychiques
- Difficulté à maintenir des liens familiaux et sociaux, isolement (réactions de malaise, peur, rejet, risque de violences)
- Difficulté à avoir une vie sociale et citoyenne normale (manque de ressources, isolement, stigmatisation)
- ...

Le changement de regard qu'opèrent la CIH puis la CIF nous invite à proscrire radicalement l'emploi d'un qualificatif ayant trait à la déficience pour nommer le handicap (sauf à rejeter le modèle social du handicap). Par définition, un handicap n'est jamais *psychique*, pas plus qu'il n'est *moteur*, *sensoriel* ou *intellectuel*. La déficience peut être motrice, sensorielle, intellectuelle ou psychique mais parler de "handicap psychique", c'est opérer un raccourci qui constitue une régression. Plaquer un adjectif qui qualifie la déficience sur le handicap lui-même est une erreur au regard de la CIF ; utiliser pour s'en tirer l'expression de "*personne en situation de handicap psychique*" n'est pas plus satisfaisant puisque c'est aussi un contresens (je renvoie à l'article de Patrick GUYOT dans le bulletin d'informations du CREAL de mars 2012).

## Changement de regard



Donc pour désigner la souffrance psychique chronique invalidante sans doute qu'il faudrait mieux utiliser des expressions comme "*situation de handicap du fait de troubles psychiques*", quoique là encore ça rabattrait d'une certaine façon la causalité sur les seuls troubles dont la personne est le siège en écartant la part que l'environnement y prend, or le sort qu'une société réserve aux personnes souffrant de troubles psychiques graves n'est évidemment pas sans incidence sur leur désavantage social. Les associations qui se battent contre la discrimination, la stigmatisation en savent quelque chose ! Evidemment une telle périphrase est franchement lourde et finirait en sigle comme beaucoup de choses dans notre secteur (ça donnerait quelque chose comme SHFTP !!!).

C'est pourquoi au CREAI nous employons, et nous ne sommes pas les seuls puisqu'on va retrouver cette formulation dans la plupart des travaux scientifiques, l'expression "*handicap d'origine psychique*" en référence au modèle situationnel du handicap promu par la CIF. C'est un compromis un peu moins insatisfaisant puisqu'il réintroduit que le psychique n'est qu'une origine, donc on est bien dans la conséquence de la maladie. C'est l'expression que nous préconisons plutôt qu'"handicap psychique" même si vous nous surprendrez sûrement à recourir par mégarde au raccourci commode que je viens de dénoncer.

### ➤ Une notion à géométrie très variable

Il faut également interroger les contours de ce que les uns les autres mettent dans cette expression "handicap psychique", puisque derrière ce terme discutable mais pratique, il y a toute une variété de populations selon les auteurs.

Un courant ancien réservait le handicap psychique aux psychoses en écartant les pathologies mentales telles que les démences ou les dépressions sévères. Sous l'influence de la dissociation entre les prises en charge des personnes âgées et celles des personnes handicapées d'une part, et du clivage qui oppose les personnes relevant durablement ou régulièrement de l'hospitalisation psychiatrique et celles n'en relevant qu'occasionnellement d'autre part, la tendance était de n'inclure dans le champ du handicap psychique que les gens dont les difficultés provenaient de pathologies à caractère psychotique.

Plus récemment, les partisans de la reconnaissance du handicap psychique considèrent souvent que les populations concernées sont essentiellement constituées par les malades atteints de schizophrénie ou de troubles maniaco-dépressifs (ou bipolaires) et s'intéressent principalement aux gens présentant leurs premiers symptômes au début de l'âge adulte et ne présentant pas de déficit intellectuel (la position de l'UNAFAM est emblématique à cet égard). Cette délimitation exclut les psychoses infantiles, notamment celles d'évolution déficitaire sur le plan intellectuel, y compris lorsque persistent d'importants troubles du comportement. Ces psychoses précoces se voient assignées au domaine (médicalement et socialement dévalorisé) de la déficience intellectuelle comme si la déficience prenait le pas sur les troubles, les ravalant au rang de "troubles associés" (selon l'expression consacrée), la déficience intellectuelle tendant à occuper toute la place dans la lecture faite de la situation.

En militant pour la reconnaissance des conséquences matérielles et sociales de ces maladies et en s'appuyant sur la CIF et la CIH, ces acteurs ont contribué à élargir le champ concerné, probablement à leur corps défendant. La nature de la maladie à l'origine des troubles va devenir en effet presque secondaire dans l'approche. Dès lors que les troubles psychiques sont suffisamment consistants pour générer d'importantes incapacités ou restrictions d'activités, le handicap dit psychique est constitué.

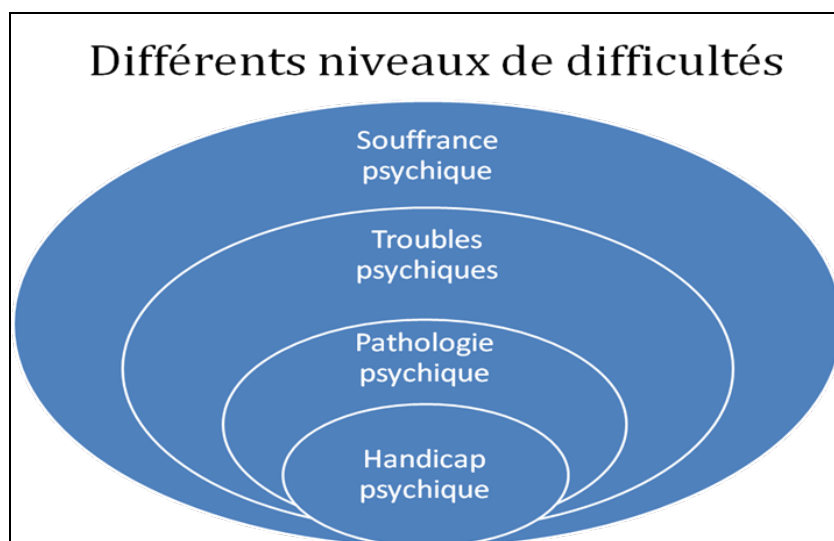
En 2002, le rapport CHARZAT intitulé *“Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d’améliorer leur vie et celle de leurs proches”* a eu un grand retentissement. Or le périmètre qu’il donne au handicap psychique est très vaste puisqu’il englobe la schizophrénie, les troubles maniaco-dépressifs, les troubles obsessionnels et compulsifs graves, l’autisme et les syndromes autistiques, les syndromes frontaux, les séquelles de traumatisme crânien, les lésions cérébrales, la maladie d’Alzheimer et autres démences liées ou non à l’âge. Les rapporteurs insistent sur le fait que *“les déficiences et incapacités ne sont pas semblables, mais les conséquences sociales sont du même ordre”*. Ce sont donc les conséquences sociales qui priment sur la maladie ou la déficience pour délimiter les handicaps dits psychiques. Il en résulte une extension considérable au regard du périmètre initial limité à la psychose puis à la schizophrénie et aux troubles bipolaires.

Le problème se complique s’agissant des enfants et des adolescents, âges où les troubles psychiques et la question de leur durabilité se posent différemment, ce qui conduit à une nosographie psychiatrique aux contours plus incertains. Le cas des ITEP (Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques) est d’ailleurs intéressant dans leur positionnement hésitant au regard de la notion de handicap psychique : les avis sont partagés sur le fait que les enfants qu’ils accueillent en relèvent ou non.

Ces structures, disent les textes (décret du 6 janvier 2005), sont destinées aux *“jeunes présentant des difficultés psychologiques dont l’expression, notamment l’intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l’accès aux apprentissages. Ces jeunes se trouvent, malgré des potentialités intellectuelles préservées, engagés dans un processus handicapant qui nécessite [...]”*. Il est paradoxal d’évoquer un *risque* de handicap, un *processus handicapant* qui serait à l’œuvre pour des jeunes qui sont pourtant déjà passés par la case MDPH et qui statutairement ont été reconnus comme handicapés et pas seulement en risque de le devenir ! Ces ambiguïtés ne sont évidemment pas anodines, en particulier pour les parents et l’enfant lui-même. Quant à l’emploi du terme *“handicap psychique”* pour des enfants ou des adolescents, il est là encore absent des textes réglementaires. Mais il fait question tant persiste, y compris dans la loi, l’idée fixiste du handicap comme un état figé contrairement à la maladie ou aux troubles qui auraient une virtualité évolutive. La loi de 2005 précise dans sa définition que l’altération des fonctions doit être *“substantielle, durable ou définitive”* pour que le handicap soit constitué, d’où l’hésitation à faire entrer des enfants (sauf peut-être les enfants psychotiques ou autistes) dans le champ du handicap, statut stigmatisant même s’il est aussi protecteur par les droits qu’il procure, à commencer par la compensation (allocation, prise en charge,...)

## ➤ Une réalité difficile à cerner donc à chiffrer

Ce dont on parle autour de la notion de *“psychique”* est extrêmement hétérogène et pourrait se figurer sous forme de cercles concentriques dont le handicap dit psychique trouverait place comme cercle extrême, le plus resserré car concernant moins de personnes et ne constituant qu’une des situations possibles où peuvent conduire des difficultés psychiques.



On pourrait schématiquement dire que la “souffrance psychique” est une expérience humaine universelle, nous concernant tous à des moments de notre vie au moins et à des degrés divers. Des “troubles psychiques”, on pourrait également dire que ça nous concerne tous, qu’il s’agit de quelque chose de moins intime, puisque ce n’est plus seulement un ressenti (une souffrance) mais quelque chose qui se manifeste (des troubles). Mais dans bon nombre de cas des perturbations de la vie psychique n’ont rien de pathologique. Ainsi les troubles que présente une personne endeuillée, aussi préoccupants soient-ils pour l’entourage, sont bon signe pour la résolution du deuil ; c’est bien l’absence de perturbation qui doit inquiéter dans ce cas en faisant courir le risque d’un deuil étouffé ou différé, autrement plus dévastateur. Dans un autre registre, le syndrome post traumatique que présente un soldat témoin, voire auteur, d’atrocités guerrières est moins une pathologie qu’une réaction normale à une situation anormale (Richard RECHTMAN). Par ailleurs, Alain EHRENBURG montre que souffrance et troubles psychiques sont sans doute la façon contemporaine de dire bien des mal-être, que c’est même devenu la forme attendue d’expression des tensions de la vie sociale (y compris sous la forme des suicides au travail).

Au cercle suivant, on a la “pathologie psychique” en tout cas ce qui est identifié comme tel dans les repères médicaux. Même grave, cette pathologie n’est pas nécessairement invalidante : de nombreuses pathologies mentales sont assez bien tolérées par la société et ne vont pas constituer un désavantage social. Leurs manifestations peuvent être relativement discrètes, cantonnées à la sphère privée, ou bien constituer de véritables atouts dans certains contextes : être anorexique lorsqu’on est mannequin tient quasiment de l’exigence de l’emploi plus que de la contre-indication (au risque d’en mourir !) ; l’obsessionnalité ou l’hystérie peuvent être mises utilement au service de certaines professions et même la paranoïa peut faire des dirigeants très (trop !) efficaces (l’Histoire en est pleine, à commencer par Hitler) ! Il est des espaces où le désavantage peut se retourner en avantage ou se faire suffisamment discret (au moins pour un temps ?) pour ne pas handicaper.

Une part seulement des pathologies psychiques constitue des handicaps parce que les troubles deviennent invalidants et génèrent un désavantage social. Ce groupe contient des personnes officiellement reconnues comme “handicapées” (octroi d’un statut de personne handicapée au titre de conséquences des troubles psychiques et tentative de la société de “compenser” le désavantage subi) mais il contient aussi des personnes “handicapées de fait” qui sont objectivement en situation de handicap du fait de leurs troubles psychiques sans être officiellement reconnues comme telles (et donc sans bénéficier des droits afférents).

Or on est actuellement dans une extension considérable du champ concerné avec de grandes difficultés à identifier l’ampleur du phénomène puisque ce ne sont pas les mêmes estimations numériques selon qu’on s’appuie sur les enquêtes d’épidémiologie psychiatrique, les enquêtes de santé mentale ou les travaux qui viennent du champ du handicap. La difficulté de définition et la défaillance des systèmes statistiques ne permettent pas une comptabilisation puisqu’on a à la fois une non-coïncidence des définitions (CIM, DSM, CIF et enquête Handicap-Incapacité-Dépendance utilisent des catégories différentes), une instabilité des troubles les rendant particulièrement difficiles à saisir et une fragilité des enquêtes déclaratives puisqu’il s’agit de problèmes difficiles à percevoir ou à admettre par l’intéressé lui-même ou par ses proches.

Les enquêtes en population générale chiffrent à 30 % la part de la population française touchée par un problème plus ou moins grave de santé mentale (troubles anxieux, troubles de l’humeur, troubles du comportement, troubles liés aux addictions). La part de ceux pour qui l’altération psychique entraîne un handicap est difficile à déterminer. Les associations avancent le chiffre de 1 % de la population, ce qui correspond en gros à la prévalence des troubles bipolaires. De 1 à 30 %, la fourchette est énorme ! En effet, les variations sont considérables selon qu’on opte pour une définition restrictive ou extensive, qu’on reste sur une définition très liée aux pathologies ou qu’on s’intéresse davantage aux répercussions des troubles. Toutefois les approches qui privilégient le degré d’autonomie mettent en évidence la grande variété des pathologies psychiatriques conduisant à des situations de handicap psychique, on est bien loin de la seule schizophrénie et des troubles bipolaires (voir les travaux d’Anne LOVELL, Pascale ROUSSEL, Marie CUENOT).



## ➤ **A chaque âge son handicap de prédilection ?**

Je termine par une réflexion sur les ambiguïtés des processus de catégorisation inspirée des travaux d'Aude BELIARD et de Sébastien EIDELIMAN.

Malgré l'unification sans critères d'âge des dispositifs prévus par la loi 2005 (qui était sensée se faire en 2011), les catégories médico-administratives sur lesquelles repose aujourd'hui en France la prise en charge des personnes ayant des troubles d'ordre mental (pour faire encore plus large que les seuls troubles psychiques) sont fortement marquées par les frontières entre classes d'âges. Tout se passe comme si aux plus jeunes était particulièrement dévolu le handicap dit mental (la déficience intellectuelle caractérisée par un niveau de retard mental), aux plus âgés le handicap dit cognitif avec l'élément phare des troubles d'Alzheimer et apparentés et puis aux âges intermédiaires le handicap dit désormais "psychique" avec la schizophrénie ou les troubles bipolaires comme figures emblématiques.

Que la probabilité d'apparition des processus pathologiques concernés soit fortement liée à l'âge n'empêche pas de questionner les enjeux sociaux qui pèsent sur la manière de caractériser les troubles en lien avec les attentes sociales des différentes étapes du cycle de vie. Pour les plus jeunes, l'enjeu central c'est bien la scolarisation, ce sont essentiellement les difficultés d'apprentissage, performances scolaires faibles ou comportements perturbants dans la classe, qui vont conduire à une incorporation dans le monde du handicap. Pour les plus âgés, c'est la question de la mémoire altérée et toute la problématique institutionnalisation/maintien à domicile qui focalisent les débats et les enjeux d'entrée dans le monde, non pas du handicap, mais de la "dépendance". Et pour les personnes d'âge actif (les adultes dans la force de l'âge comme vous et moi !), l'enjeu central est plutôt du côté de la productivité économique avec une place dans le monde du travail ou, à défaut, la reconnaissance d'un statut de travailleur handicapé (un quart des demandes d'AAH sont motivées par la déficience psychique, deuxième cause de demande après les déficiences motrices et bien avant les déficiences intellectuelles).

Les personnes concernées par les troubles mentaux sont elles-mêmes plus ou moins incitées à entreprendre une démarche de reconnaissance administrative de leurs difficultés en mettant en avant telle ou telle difficulté et peut-être à se reconnaître dans telle ou telle identité. Face à des réalités complexes, touffues, multifformes, beaucoup de choses semblent se jouer dans la manière dont on va présenter ses difficultés à une MDPH, la manière dont elle va s'en saisir et les qualifier, et selon qu'on est mineur, actif ou retraité, on aura peut-être pas les mêmes chances d'être dirigé vers une reconnaissance de type "handicap psychique", catégorisation qui s'avère statistiquement, manifestement peu fréquente pour les plus jeunes ou pour les plus âgés et plus massivement utilisée pour les adultes.

Aussi, j'encourage à se pencher sur les travaux qui nous invitent à ne pas naturaliser les catégories telles que le "handicap psychique", montrant combien la manière de considérer les troubles est issue de subtiles négociations entre les catégories médico-administratives et les catégories pratiques dont sont porteurs les acteurs, que ce soit les intéressés eux-mêmes, leurs proches ou les professionnels.