

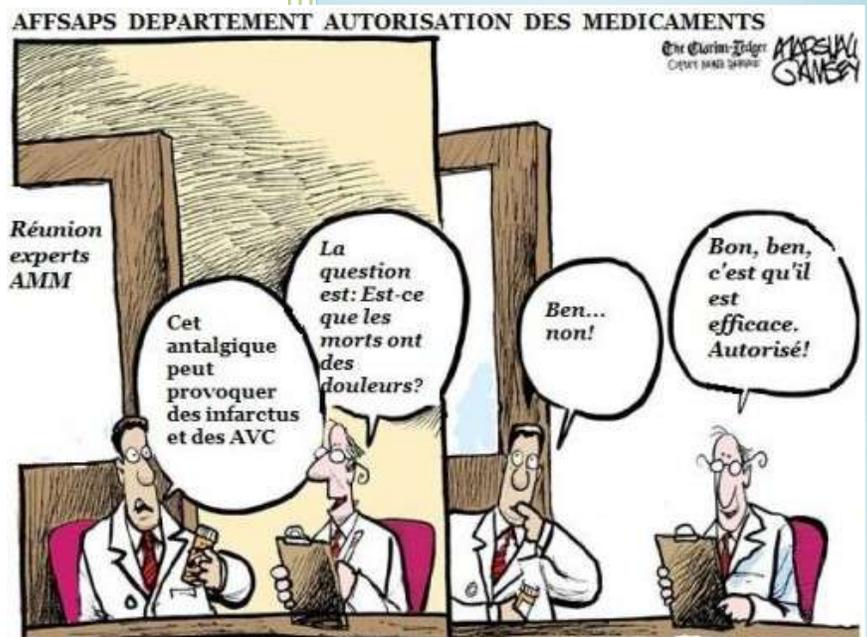


Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec

Février 2012

Revue de presse critique

Articles critiques
en
Santé mentale



Robert Théoret

Regroupement des ressources
alternatives en santé mentale
(RRASMQ)

01/02/2012

Les revues de presse du RRASMQ sont disponibles
sur le site Internet au www.rrasmq.com

No 11 - Octobre / Novembre 2005

La psychiatrisation des problèmes sociaux

Sébastien Bois / Ancien conseiller pour l'organisme Action Autonomie



Au printemps dernier une soirée-conférence sur le thème de la psychiatrisation des problèmes sociaux était organisée par *Action Autonomie*, un organisme communautaire en défense et revendications de droits pour des personnes psychiatisées. *Action Autonomie* constate combien certains problèmes sociaux tels que la pauvreté, les problèmes d'adaptation au système scolaire, la difficulté de trouver un logement, le manque de support aux familles monoparentales et la surcharge de travail entre autres, glissent plus souvent qu'autrement vers des interprétations médicales et psychologisantes.

L'individu confronté à certains problèmes sociaux se retrouve fréquemment sous la responsabilité d'une équipe médicale multidisciplinaire, les problèmes passant du social à l'individuel et du politique au biomédical. C'est dans ce contexte que l'organisme *Action Autonomie* a invité les trois personnes suivantes à une soirée-conférence sur la « psychiatrisation des problèmes sociaux ».

Marcelo Otero est professeur de sociologie à l'UQAM et proche des mouvements antipsychiatriques dans les années 70. Jean-Nicolas Ouellette est agent de liaison pour le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ). Lourdes Rodriguez est professeure en service social à l'Université de Montréal et elle a travaillé de près avec le mouvement alternatif en santé mentale.

Marcelo Otero affirme d'emblée que le phénomène de la psychiatrisation des problèmes sociaux n'est pas un fait nouveau et qu'il va de pair avec l'histoire de la psychiatrie : « *On ne peut pas comprendre la psychiatrie si on ne connaît pas la société dans laquelle elle est (...) il n'y a pas nécessairement de « méchants » psychiatres mais bien une réalité sociale*

complexe. » Autrefois, l'Église était l'opium du peuple; maintenant, c'est la science et les médicaments, notre opium.

Une culture du médicament

Tous les trois dénoncent la culture du médicament et l'approche *hospitalocentrique*. Jean-Nicolas Ouellette remarque chez les gens une tendance grandissante à visiter l'hôpital et à rechercher une réponse médicale pour tout type de problèmes : « *Ceux-ci s'attendent à obtenir, à leur sortie, une prescription médicale, une pilule, et c'est normal pour eux. (...) Pour répondre à une souffrance, on donne une médication ou on augmente la dose.* » Le médicament élimine les symptômes dans certains cas, tel une potion magique [1]. Et tout cela, sans que les spécialistes ayant prescrit la médication aient pu comprendre les émotions et les comportements de la personne. Lourdes Rodriguez déplore bien à propos qu'on ne veuille pas entendre la souffrance des gens et qu'on leur offre peu de temps et d'espace pour raconter leur histoire : « *L'amour n'est pas accessible en pilule. (...) Fréquemment on observe que les gens sont trop drogués par la médication pour accéder à*

l'éducation, aux loisirs ou aux psychothérapies ». Ainsi la médication peut parfois faire obstacle à la réhabilitation sociale.

Devons-nous rappeler qu'un psychiatre n'est pas un travailleur social ?

Notre société est baignée, ou plutôt noyée, dans une logique capitaliste de profit illimité. Les compagnies pharmaceutiques et leurs actionnaires sont particulièrement pointés du doigt.

« *Est-ce surprenant de savoir que les fonds d'investissement des médecins du Québec ont un pourcentage élevé d'actions de compagnies pharmaceutiques ?* » Et que dire, demande Rodriguez, des programmes de recherches biomédicales et de leurs alliances extrêmement puissantes avec ces mêmes compagnies ?

La psychiatisation de la pauvreté

Pour Ouellette, la pauvreté collective est très médicamentée par la psychiatrie : « *vous n'avez qu'à vous promener dans les corridors hospitaliers pour en faire le constat* ». Les gens riches ont plus facilement accès à des alternatives face à la psychiatisation. Avec la psychiatisation de la pauvreté, il y a une division entre les « bons » pauvres et les « mauvais » pauvres, selon laquelle la personne détentrice d'un certificat médical étampé d'un diagnostic de problèmes mentaux sévères et persistants l'empêchant « éternellement » de travailler sera considérée comme un « bon » pauvre. Si je résume, plus on réussit à obtenir un profil pathologique, plus on est en droit d'obtenir un support social pour vivre décemment. On assiste à un glissement de nos droits fondamentaux vers un système de privilèges enrobés d'un discours étatique de charité. Notre statut de citoyen trébuche aujourd'hui sur le simple consommateur de service.

La psychologie au service ...

Selon Otero, notre société nord-américaine baigne dans une culture où l'on explique et tente de résoudre de nombreux problèmes sociaux par l'entremise de la psychiatrie mais aussi de la psychologie. Selon lui, avant de psychiatriser les

problèmes, on les psychologise. « *Les psychologues sont invités ici et là dans les médias pour intervenir à titre de spécialistes sur des phénomènes sociaux dont ils n'ont parfois aucune idée. Récemment, des psychologues expliquaient à la télévision l'impact à long terme des tsunamis sur les enfants en Asie sans même connaître les pays ou les cultures.* »

Plusieurs recherches douteuses sont publiées dans certaines revues scientifiques de psychologie au Québec. On y retrouve des recherches portant sur la psychologisation des mariages en encourageant une prévention d'ordre psychologique dès la formation du couple ; un autre article parle de contrôler le chômage « non-désiré » par une approche qui encourage à ignorer les aspects négatifs du chômage en ne pensant qu'au positif ; et que dire d'un article de psychologie industrielle prônant la prévention lors de fermeture d'usine pour mieux digérer et accepter la situation et la création d'un groupe de conseillers supportant les travailleurs mis à pied. Nous sommes loin des consciences éveillées et des revendications, ingrédients essentiels pour les luttes sociales et l'amélioration de nos conditions de vie.

Rodriguez dénonce le fait qu'au lieu d'une science, « *nous avons une idéologie extrêmement puissante et réductionniste où l'on exclut diverses sciences comme par exemple l'anthropologie et la sociologie ayant développé des connaissances sur la santé mentale* ». On assiste à une hégémonie du biologique pour expliquer les problèmes humains. On observe le monde et sa réalité seulement sous l'angle de la loupe biomédicale, en fait selon une vision extérieure oubliant la personne et ses expériences.

... de la psychiatisation sociale

Dans ce contexte, les psychiatres subissent énormément de pression sociale : nous sommes dans une société qui demande aux psychiatres de prendre en charge des problèmes que nous vivons. En effet, plusieurs citoyens ont démissionné de leurs responsabilités sociales pour les reléguer à l'État, au privé ou à certains groupes communautaires. L'effritement des solidarités sociales et de nos droits collectifs est un terrain

fertile pour les profiteurs de tout acabit à la recherche de « consommateurs de services »... et la joie de tout gouvernement autoritaire.

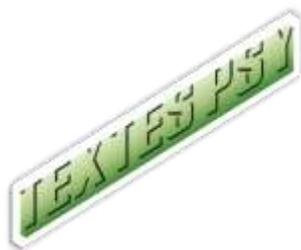
La psychiatrisation des problèmes sociaux vide le contenu politique de problèmes complexes tels que la pauvreté et la violence. Pour les panélistes présents, la psychiatrie individualise les problèmes et les sort de leur contexte sociopolitique et assaisonne le tout de médicaments. C'est pourquoi, selon Rodriguez, il faut « continuer à travailler dans le sens d'un système fondé sur les droits fondamentaux et favoriser le dialogue en psychiatrie au niveau du traitement et surtout des alternatives pour qu'enfin

tous puissent vivre dans la communauté plutôt que dans les services. » Nous sommes invités à être vigilant face aux discours de pseudo-vérités scientifiques, à laisser un espace à l'incertitude et surtout à faire preuve d'humilité devant notre ignorance. Otero conclut en disant que de vouloir faire disparaître les problèmes de santé mentale est un leurre et qu'aucune société ne peut être parfaitement heureuse, les problèmes font aussi partie de la vie et de la normalité. « *Ça serait de la folie que de vouloir évacuer la folie de la vie des gens. La personne qui ne pense qu'à la santé mentale, à l'élimination de la folie et de la souffrance est la plus folle de toute !* »

[1] Les médicaments éliminent les symptômes dans certains cas... car environ 40 % des personnes schizoéphrènes médicamentées n'ont pas de réduction de leurs symptômes. (L. Rodriguez)

Source : <http://www.ababord.org/spip.php?rubrique38>

-30-



<http://www.textes-psy.com/spip.php?article1209>

Pétition : Pour en finir avec le carcan du DSM

L'obligation d'une référence diagnostique au DSM nuit à la scientificité ; elle contrarie le soin psychique ; elle est coûteuse pour les États ; elle paralyse la recherche et l'enseignement.

La « souffrance psychique » déborde la définition habituelle des maladies, car elle peut concerner chacun. L'Organisation Mondiale de la Santé la considère comme une priorité. Mais l'O.M.S. s'est engagée sur ce terrain selon un choix univoque, en considérant comme un acquis scientifique le manuel de l'A.P.A. (American Psychiatric Association). Ce choix unique de l'O.M.S. porte un nom générique, celui du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Sa troisième version stigmatise les conflits d'intérêt en psychiatrie et elle est contemporaine des recommandations de traitements comportementalistes et des TCC. Et comme ces méthodes sont aléatoires, elles participent de la promotion d'un complément pharmacologique indispensable.

1. Quelle est la valeur scientifique du DSM ?

Son ancêtre, le SCND est une compilation empirique rédigée en 1932 pour l'armée américaine. En 1948, l'O.M.S. s'en est servie pour rédiger *l'International Classification of Diseases*, qui en est à sa dixième version (ICD10 ou CIM10 pour la France). Les différentes versions du DSM ont été rédigées depuis 1952 par *l'American Psychiatric Association*. Alors que le DSM II prenait en compte l'approche dynamique de la psychopathologie, le DSM III, qui parut en 1980, a évacué toutes références à la psychanalyse au nom d'une totale neutralité théorique. Il en résulte une méthodologie descriptive, volontairement ignorante des concepts psychologiques à partir desquels aurait pu s'élaborer une classification objective, clinique et scientifique des grands champs de la psychopathologie. Il existe de nombreux sous-ensembles du DSM. Leur méthodologie va à contresens des critères d'objectivité de n'importe quelle branche des sciences de la nature, comme de ceux de n'importe laquelle des sciences humaines. Pour qu'une observation prétende à la scientificité, il faut qu'elle isole des invariants latents, des déterminismes qui font axiomes et dégagent des structures réduites. Cette démarche s'appuie sur l'observation de faits en se gardant de tout présupposé. Elle s'appuie sur les acquis de l'expérience qui seule permet de vérifier leur intérêt diagnostique et leur valeur prédictive. C'est le contraire de la méthodologie du DSM, qui n'a aucun précédent dans aucune science, sinon les premières classifications encyclopédiques (Linné, Buffon...) qui classaient les espèces selon des caractères distinctifs avant de se tourner vers des classifications comparées mettant en évidence des traits communs aux différentes espèces.

Dans son introduction, il est vrai, le DSM se déclare idéologiquement *athéorique*. Mais est-ce possible dans la recherche ? Le DSM démontre lui-même que non, car il suffit qu'une liste de « troubles » manifestes soit établie sans tenir compte des structures où ils s'inscrivent, il suffit que ces « troubles » soient détachés des circonstances subjectives de leur éclosion, pour que l'hypothèse d'une cause organique s'impose aussitôt. Cette conception réductionniste d'un « homme machine » n'a trouvé jusqu'à ce jour aucune preuve corroborée par l'expérience, y compris dans les travaux neuroscientifiques les plus reconnus. Au contraire du DSM, les avancées scientifiques les plus récentes dans le domaine de la neuroplasticité ou de l'épigénèse montrent qu'on ne peut plus opposer

causalités psychique et organique, puisque la première influe sur la construction de la seconde. La prédictibilité s'en trouve subvertie : on n'utilise jamais deux fois le même cerveau. Mais en supprimant la causalité psychique, le DSM impose en contrecoup la causalité organique. Ce choix est d'autant plus antiscientifique qu'il proscrie d'autres références et que son usage est imposé aux praticiens dans le codage des diagnostics. Or l'impossibilité de réfuter un point de vue a pour conséquence de le faire sortir du domaine de la science (comme l'a montré Karl Popper). Quelle que soit l'idéologie de scientificité des troisième et quatrième versions du DSM, leur méthodologie ne l'est pas.

La deuxième caractéristique antiscientifique de la méthodologie DSM est qu'elle rassemble des statistiques qui ne concernent pas les patients, mais les avis d'un échantillon de psychiatres. Il ne s'agit pas d'observations cliniques, mais du décompte des opinions, parfois recueillies de manière arbitraire. Cette méthode d'apparence démocratique n'a jamais existé dans l'histoire des sciences. Un vote ne peut servir de preuve, et cette nomenclature a été mise ainsi sous la coupe de l'opinion, comme le montre sa légitimation par le terme de *consensus*. Il s'agit d'un indice de popularité, mais en aucun cas de validité scientifique.

Ces premières caractéristiques non scientifiques du DSM, ne font cependant pas obstacle à leur intérêt épidémiologique, qui peut entrer dans le cadre d'une gouvernance rationnelle. Si l'on tient à s'en servir à cette fin, les praticiens ne devraient pourtant pas être contraints de s'y référer dans un but diagnostique et pronostique, obligation d'ailleurs contraire à l'éthique médicale et à celle des soins psychiques.

2. Quelle est la validité clinique de cette méthodologie ?

Les répertoires de « troubles » et de « dysfonctionnements » ne donnent de la souffrance psychique que des clichés de surface. Dans aucune branche de la médecine, un praticien ne diagnostiquerait une maladie en se fiant aux apparences, à l'expression manifeste d'un symptôme. Comme les retours d'invariants réguliers sont évités par principe, les descriptions de surface se multiplient : la référence à *l'Evidence Based Medicine*, qui entend privilégier la preuve dans un but de plus grande efficacité montre son objectif en limitant l'exploration clinique à

l'évidence la plus superficielle ou en mélangeant des éléments d'ordre hétérogène (cliniques et moraux en particulier) : ainsi par exemple, comme l'a remarqué le Pr. Misès à propos du « trouble des conduites », « l'incivilité » devient une maladie.

Le résultat est une inflation de « troubles » qui corrobore l'absence de scientificité, alors que cette dernière permet au contraire de limiter la grande variété des manifestations à quelques types cliniques, dont le nombre est réduit. Depuis la version de 1952, le DSM est passé du recensement de 106 pathologies à 410 « troubles » identifiés dans sa version actuelle. La prochaine version, le DSM V, en cours d'élaboration, devrait enregistrer au moins une vingtaine de catégories supplémentaires.

En termes de pathologie mentale, elle aura construit des « faux positifs » dont les seuls bénéficiaires risquent d'être les groupes pharmaceutiques. De plus, cette inflation favorise la naissance de concepts fourre-tout qui justifient des pratiques de soins dangereuses et ségrégatives pour les enfants. Dans les versions passées du DSM, une catégorie clinique aussi constante que l'hystérie, dont la consistance est attestée par l'expérience depuis l'Antiquité, a été supprimée. De même, la névrose n'est plus homologuée depuis 1980 et, l'homosexualité a dû attendre 1987 pour ne plus être considérée comme une maladie mentale. En fait, la sexualité n'a, paradoxalement, plus de statut depuis cette date... On en retire l'idée que ces statistiques se réfèrent à la culture américaine, à ses normes et à ses modes, alors que ces classifications de psychopathologie ont une ambition internationale. L'O.M.S., en effet, compte imposer l'application de l'ICD dans le monde entier d'ici quelques années.

Pour ce qui concerne maintenant le futur projet de DSM V, il invente de nouvelles catégories de nature uniquement dimensionnelle, basée sur l'amplitude des manifestations jugées pathologiques, comme par exemple « le trouble d'hypersexualité » ou « le trouble paraphilique coercitif ». Beaucoup plus inquiétant encore, l'instauration de valeurs prédictives prévoit des « troubles » futurs. Chacun sera ainsi potentiellement un malade et donc susceptible d'être traité préventivement. Cette inflation vertigineuse va atteindre des sommets avec l'invention de « syndromes de risque », tel que le « syndrome de risque psychotique » qui imposerait, en passant de la prévention à la prédiction, de prescrire systématiquement des psychotropes à une proportion non négligeable d'adolescents jugés atypiques.

Et cela, alors qu'aucun test de terrain n'en justifie l'utilité. Une telle extension de la pathologie pourrait d'ailleurs s'avérer contraire aux Droits de l'Homme.

3. Le DSM nuit à la santé

Avec un catalogue de critères suffisamment large, un psychiatre ne sera bientôt plus nécessaire. Un médecin ne le sera pas non plus, ni même un infirmier. Le pharmacien pourra distribuer directement des psychotropes. Si c'était vers cette politique de santé que les États étaient orientés, quelle en serait l'efficacité ?

Un diagnostic DSM répertorie des manifestations comportementales sans la profondeur de champ d'aucune structure d'ensemble psychopathologique, et cela à rebours de toute la psychiatrie clinique.

Chaque comportement correspond à une case à cocher et n'est plus que le signe d'un « désordre » érigé en entité pathologique innée. S'y ajoutent des notions comme celle de « malade difficile », ou de « non compliance au traitement ». Enfin, certaines catégories DSM (par exemple, celles codées de F20 à F31) vont à l'évidence être mises au service de transferts de compétences vers le médico-social, vidant la psychiatrie publique et privée de son contenu. Déjà, dans certains services de la région parisienne, et au nom de l'*objectivité*, le recueil de *check-lists* dès le premier entretien a détrôné la sémiologie clinique, jugée *subjective*, ainsi que l'approche dynamique des symptômes. Le DSM supprime toute référence à une causalité psychique ou historique, sans laisser sa place aux événements traumatiques de la vie du patient et de son anamnèse ; tout est programmé comme si la condition humaine pouvait être médicalisée. La cure relationnelle, ou simplement la parole sont invalidées comme outils thérapeutiques, de sorte que les patients qui ont un besoin urgent de se confier risquent de choisir des thérapies non scientifiques, voire sectaires, avec la caution involontaire des Pouvoirs Publics.

Sur la base de ces *check-lists*, la plupart des patients sont médicamentés abusivement ou trop longtemps. Comme le même symptôme joue dans des structures différentes, qui ne commandent pas la même conduite thérapeutique, et comme ce symptôme est susceptible d'être étouffé par un traitement pharmacologique, la cause première de la souffrance psychique devient méconnaissable et le patient, inguérissable bien que lourdement médicalisé. Dans la mesure où elles soulagent des effets et non leurs causes,

les prescriptions s'auto-reconduisent et augmentent dangereusement, jusqu'à la dépendance – sinon à l'addiction.

Lorsqu'un protocole de soin échoue, au lieu de le remettre en question, on crée plutôt une nouvelle catégorie. De sorte que les thérapies médicamenteuses, d'abord souvent utiles, finissent par avoir un résultat contre-productif. D'autant plus que les effets indésirables à long terme de médicaments récents sont encore inconnus et que les études prévisionnelles entre bénéfiques et risques sont souvent sujettes à caution.

Ce cercle vicieux s'initie aujourd'hui dès l'enfance. Pour une action préventive en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les pédopsychiatres, en majorité de formation analytique, veulent collaborer avec les pédiatres et les intervenants scolaires, afin de détecter les signes de souffrance psychique. Et cela afin d'éviter qu'une souffrance latente évolue et se fixe en psychose, en névrose sévère ou en une inadaptation permanente. Or, le prochain DSM V transforme cette prévention en anticipation thérapeutique : on ne soigne plus l'enfant pour ce dont il souffre maintenant mais pour le trouble qui pourrait un jour se manifester chez lui. Cette « prédictibilité » risque d'enfermer dans un diagnostic à vie et une médication pour des psychopathologies qui ne sont même pas encore apparues. Au contraire, lorsque la souffrance psychique est entendue, ce soin évite la fixation d'une pathologie.

4. Le DSM oriente les enseignements vers une pratique unique

Le succès du DSM ne procède pas de la réception positive des praticiens. Au contraire, il leur a été imposé de l'extérieur. Il a pris de l'expansion d'abord grâce aux compagnies d'assurance et aux groupes de pression qui ont exigé ses références pour leurs remboursements, aux USA et dans certains pays d'Europe. Les entreprises pharmaceutiques sont également à l'origine de grilles d'adéquations entre les catégories du DSM et l'administration de médicaments. Ces différents *lobbies* ont été suffisamment puissants pour amener des universités de plus en plus nombreuses à mettre le DSM au premier plan de l'enseignement, mis ainsi au service d'intérêts classificatoires, idéologiques ou financiers. Les futurs cliniciens sont formatés dans l'ignorance de la clinique classique. Dans l'enseignement, le préalable organiciste

élimine tous les points de vue qui l'ont précédé, opérant une rupture que ne fonde l'apparition d'aucun nouveau paradigme. Jusqu'à la fin des années soixante-dix, une relative unité de la psychopathologie prévalait. La psychiatrie clinique européenne s'était enrichie grâce aux apports de la psychanalyse et de la psychologie. Ces échanges interdisciplinaires se sont cloisonnés depuis 1980 seulement, et cela de manière infondée, puisque l'objet de la psychopathologie reste le même.

Aujourd'hui, l'ensemble de l'enseignement de la psychiatrie est majoritairement tributaire du DSM et de la pharmacologie. Seules les U.F.R. de psychologie enseignent encore une diversité de points de vue. Mais pour combien de temps encore ? Cette relative diversité n'est pourtant pas équitable, car ce ne sont pas les psychologues qui prennent les décisions thérapeutiques. De plus, ce clivage entre psychologues et psychiatres alimente une « guerre idéologique » inutile dont les patients et les budgets font les frais.

Non seulement l'enseignement médical se fait dans le pli du formatage unique DSM, mais, de plus, l'essentiel de l'enseignement postuniversitaire est assuré par les laboratoires pharmaceutiques. De sorte que cette formation alimente l'expansion des prescriptions médicamenteuses, toute autre orientation de recherche étant proscrite.

Enfin, un *lobbying* occulte, jamais discuté démocratiquement, oblige les chercheurs à publier dans des revues qualifiantes, souvent anglo-saxonnes et de la même orientation, s'ils veulent accéder aux postes universitaires. La CFTMEA française a ainsi entravé la carrière de certains universitaires en les empêchant de publier dans des revues anglo-saxonnes, « faute de langage commun ».

5. L'orientation infléchie par le DSM est coûteuse pour les États

Les choix de l'O.M.S. retentissent de proche en proche sur les systèmes de santé des États, et entraînent des décisions onéreuses. À tous les niveaux de la santé mentale, le DSM est devenu l'instrument comptable des budgets administrés par des gestionnaires qui organisent la santé à partir de contraintes financières. Les problèmes de santé restent ainsi non traités et sont finalement plus coûteux. Des commissions inconnues du public prennent des décisions

sur cette base, et comme leur référence est le DSM, elles privilégient les traitements pharmacologiques (voire chirurgicaux), sur le fond d'une paupérisation, voire d'une destruction de l'organisation sectorielle de la psychiatrie articulant l'intra et l'extra hospitalier. Le DSM est devenu le cheval de Troie de l'industrie pharmaceutique dans la pratique médicale quotidienne et principalement celle des médecins généralistes, prescripteurs de 80% des psychotropes. Ces orientations thérapeutiques génèrent un coût économique lourd pour les États et les systèmes de solidarité comme la Sécurité Sociale. Le coût n'est pas seulement un transfert de fond au bénéfice de l'industrie pharmaceutique. Il existe aussi une utilisation « médico-économique ». En fonction du codage DSM, des « taux de patients » de même que « l'intensité de soins » sont répertoriés à l'avance, et imposent des limitations thérapeutiques.

On peut avoir une idée de l'importance des coûts générés par les diagnostics DSM en examinant les différences de prescription en psychiatrie de l'enfant entre les pays qui se conforment au DSM et ceux où un autre point de vue est resté majoritaire : en France, près de 20 000 enfants prennent de la *Ritaline*, ce qui est bien loin des 55 000 enfants anglais et surtout des 3 millions de Canadiens et de 7 millions concernés aux USA. On ne s'étonne pas des liens d'intérêts financiers entre comité d'experts du DSM IV et industrie pharmaceutique, qui ont été maintes fois révélés, si l'on sait que les médicaments psychotropes représentant un marché extrêmement profitable. Aux USA, en 2004, les antidépresseurs ont généré 20,3 milliards de dollars de profit, les anti-hallucinatoires, 14,4 milliards. Certaines catégories cliniques épousent au plus près les indications de nouvelles molécules, préfigurant une classification pharmacologique sur mesure au gré des exigences du marketing. Une telle coïncidence entre catégorie clinique et effets des molécules ne peut que favoriser une chimiothérapie de masse.

Au contraire, si d'un point de vue financier les traitements qui privilégient la relation intersubjective paraissent d'abord plus chers en infrastructure et en personnel qualifié, ils sont à terme plus économiques, outre qu'ils gardent aux soins leur dimension humaine. Il est possible de mettre un terme à l'hégémonie néfaste de cette nomenclature.

L'O.M.S. et la W.P.A. (*World Psychiatric Association*) ont tenu en 2001 à Londres un symposium sur les classifications

internationales. La difficulté des débats a amené l'O.M.S. à décréter un moratoire sur les révisions du DSM V et du ICD 10, jusqu'à cette année. En réalité, la valse des révisions du DSM n'a été menée qu'à la seule initiative de l'*Association psychiatrique américaine* et non des praticiens, comme prévu initialement. En attendant, les conséquences de l'usage du DSM sont journalières, et sont lisibles aussi bien dans certains rapports de l'INSERM que dans les décisions législatives concernant la santé mentale, ou en profondeur dans les effets ségrégatifs et sécuritaires qui grèvent non seulement le soin, mais légitimement une gouvernance politique de l'humain, dès le plus jeune âge. Désormais, le DSM est également utilisé devant les tribunaux et son apparence objective est d'autant plus dangereuse qu'elle se masque du discours de la « science ».

L'expérience a montré que les acteurs de la santé pouvaient faire reculer les effets de l'idéologie DSM. Par exemple, le succès de la pétition « Pas de zéro de conduite pour les enfants de trois ans », signée par plus de 200000 personnes, suite à l'expertise INSERM sur « le trouble des conduites », a amené l'INSERM à relativiser des travaux pourtant donnés comme scientifiques. De même, l'« Appel des appels » a capitalisé les critiques à l'égard des nomenclatures avec celles de la santé, de l'enseignement, ou de la recherche, en regroupant l'initiative de « Sauvons la Clinique ». D'autres réponses aux menaces actuelles ont déjà eu lieu, ou sont en cours, comme « Le collectif des 39 contre la nuit sécuritaire » qui a réuni récemment (octobre 2010) plus de mille personnes à Villejuif.

En 2003 à Montpellier, les *États Généraux de la Psychiatrie* ont déjà permis une prise de position commune à l'égard du DSM IV d'une grande partie des associations psychiatriques, de la presque totalité des associations psychanalytiques et du SIUERRPP qui regroupe une grande majorité des enseignants-chercheurs-praticiens en psychopathologie clinique. La plupart des sociétés psychanalytiques françaises ont signé à cette occasion une déclaration où elles se proposaient « de travailler en commun avec les professionnels de la psychiatrie à la construction d'une référence psychopathologique plus en accord avec la réalité clinique du sujet ». Comme le note cette déclaration, le DSM engendre une pratique qui « confond le malade et la maladie. Une pratique qui ne tient pas compte de la subjectivité de l'inconscient, du conflit psychique, autant de concepts qui montrent que nos

patients ont une histoire et un univers relationnel qui sont partie prenante dans la clinique qu'ils présentent ».

Nous voulons œuvrer positivement pour une clinique de la subjectivité. Le nombre des signataires de ce manifeste constitue une expertise largement aussi pertinente que les statistiques de l'A.P.A.. Nous considérons que – s'il est toujours légitime de faire de nouvelles hypothèses, comme celle du DSM –, cette nomenclature s'est imposée par des moyens extérieurs à la recherche, et elle bloque le cours normal des échanges scientifiques.

1/ Nous estimons que les cliniciens attentifs à la souffrance psychique et à son traitement se trouvent aujourd'hui confrontés au problème supplémentaire que constitue l'imposition de cette pensée unique, faussement consensuelle, et à son utilisation dangereuse dans les décisions thérapeutiques, gestionnaires et politiques. Nous estimons qu'il faut limiter l'inflation dangereuse et coûteuse des catégories pathologiques. Il faut reprendre le fil de la clinique qui s'était construite en plusieurs siècles grâce aux échanges de la psychiatrie, de la psychologie, de la psychanalyse, de l'anthropologie.

2/ Il faut faire cesser les pressions administratives sur les cliniciens, pressions qui, sous couvert d'exigences comptables, leur dictent une conduite thérapeutique. N'est-il pas temps, par exemple, de prendre position contre la V.A.P. (*Valorisation de l'Activité en Psychiatrie*) ou bien d'envisager des refus de cotation (ou bien coter F 99 – autre) ?

3/ Une méthodologie scientifique respectant des points de vue contradictoires doit être rétablie dans ses droits. Nous exigeons à cet égard un rétablissement de la pluralité des points de vue doctrinaux dans l'enseignement, et la libération du carcan DSM dans la recherche et les revues qualifiantes. L'obligation d'un « langage DSM », d'une langue psychiatrique unique, ne doit plus servir de critère

pour publier dans les revues internationales. Seul l'objet de la recherche doit entrer en ligne de compte. La pluralité des références conceptuelles doit être respectée et promue. Le DSM n'est pas et ne peut être une référence obligatoire et exclusive, servant d'outil de normalisation des pratiques et des conduites de la population. Il convient d'établir une transparence sur la nomination des experts des commissions décisionnaires dans ce domaine.

4/ Il existe d'ores et déjà d'autres classifications que le DSM. Leur existence doit être validée et enseignée. Certaines ont déjà fait leurs preuves, telles que la CFTMEA, pour les enfants et les adolescents, qui a été à plusieurs reprises utilisée dans des études épidémiologiques et comporte d'ailleurs un tableau d'équivalence avec la CIM 10. Parallèlement, l'utilité d'une classification adaptée à la clinique sera débattue et ses fondements envisagés.

5/ Il est indispensable de distinguer les besoins et les enjeux spécifiques, qui sont aujourd'hui confondus ou emmêlés. Les critères utiles ne sont pas les mêmes selon qu'il s'agit des administrations, des enquêtes épidémiologiques et des orientations en santé publique, de la pratique clinique et thérapeutique, de la recherche et de l'enseignement.

Cette reprise d'une élaboration scientifique ne signifie pas un retour au passé. Elle exige de tenir compte, en les subsumant, des apports de la psychopharmacologie et des neurosciences, qui permettent de mieux départager les médiations organiques, et la causalité psychique. Il s'agit d'autant moins d'un retour à la nosographie classique, qu'il faut prendre en considération une clinique comparative avec les apports d'autres cultures, de même qu'il faut évaluer les changements dans les modes de vie qui font apparaître des manifestations symptomatiques plus évidentes que dans le passé. De telles études permettront de fonder des critères cliniques valables universellement.

Ouvrages de référence :

Allen, Frances, « À propos des 19 "propositions" du DSM V », *La lettre de Psychiatrie Française*, N° 194, sept 2010

Bazalgette, Gérard, *La tentation du biologique et la psychanalyse. Le cerveau et l'appareil à penser*, Toulouse, érès, 2006

Besse, A. « L'AFPEP et son action internationale », *Bulletin de l'AFPEP*, janvier 2011

Cosgrove, L. ; Krimsky, S. ; Vijayaraghavana, M. ; Schneider, L. "Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry", *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 3, University of Massachusetts, avril 2006, traduction

française : « Liens d'intérêts financiers entre comité d'experts du DSM-IV et industrie pharmaceutique », José Morel Cinq-Mars, Tristan Garcia-Fons et Francis Rousseau

Decorpaliada, Marco, *Shizométrie, petit manuel de survie en milieu psychiatrique* EPEL 2010, Gori R. ; Del Vogo. M.-J. *La santé totalitaire*, Paris, Denoël, 2005

Gori, R. ; Del Vogo, M.-J. *Exilés de l'intime, LA médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*, Paris, Denoël, 2005

Gori, R. *De quoi la psychanalyse est-elle le nom ?* Paris, Denoël, 2010

Kirk, S. ; Kutchins H. *Aimez-vous le DSM ?, le triomphe de la psychiatrie américaine*, Synthélabo, 1998.

Lussier, Martine, *Le travail du deuil*, Paris, Puf, Le fil rouge, 2007.

Roudinesco E. *Pourquoi la Psychanalyse* Paris, Fayard 1999

Kernberg, Otto F. *Les troubles graves de la personnalité : stratégies thérapeutiques*, Paris, Puf, 1989.

Lane, Christopher, *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Paris, Flammarion, 2009 sur la « fabrication » des dernières catégories).

Malaval, J.-C. « Limites et dangers des DSM », *L'évolution psychiatrique*, 68, 2003, p. 39-61

CLASSIFICATIONS ne répondant pas aux critères du DSM :

- **Classification du Pr. Misès** : C.F.T.M.E.A. édition CTNERHI 2002

- **Le P.D.M. américain** : Interdisciplinary concil of Developmental & learnings disorders 2006

- **O.P.D. allemande** : Hogrefe & Huber 2000.

-30-

MEDIAPART

<http://blogs.mediapart.fr/edition/contes-de-la-folie-ordinaire/article/141011/penser-encore-une-psychiatrie-democratique>

Une psychiatrie ou la liberté est thérapeutique

14 Octobre 2011 Par Jean-Pierre Martin

Parler de psychiatrie, c'est parler de liberté, car, qu'on le veuille ou non, quels que soient les débats qui peuvent et doivent se dérouler, à partir de cette proposition fondamentale : la psychiatrie n'existe que du fait que des hommes sont en difficulté sur une problématique de liberté.

(Lucien Bonnafé, Dans cette nuit peuplée, 18 textes politiques, Paris, Ed. Sociales, 1977)

La déclaration d'entrée en résistance à la loi sécuritaire du 5 juillet 2011 relative « aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge » et ses décrets d'application, ouvre le débat et l'action, sur quelles modalités de défense d'un soin psychique psychiatrique et d'une « politique de santé mentale » qui refusent l'imposition de la contrainte et le contrôle social comme organisation du soin en psychiatrie, de l'hôpital au domicile, sous la nouvelle appellation aberrante de soins sans consentement. Par là même, elle met en avant une position soignante dans sa qualité relationnelle qui ne soit pas dégradée en « expertise de dangerosité », en contrôle social contraint en ambulatoire, mais aussi le refus de

la situation actuelle faite de souffrance psychique, d'errements dans le sens des pratiques et de désillusions dans de nombreuses équipes.

Cet engagement accompagne les luttes actuelles de défense de la dignité et des droits fondamentaux de tous ceux que la précarité, l'absence de logement et de travail, le statut de migrant, mettent à mal. Les patients de la psychiatrie en font partie intégrante, et sont tout autant les cibles de la disqualification sociale et humaine avec ses répressions et son fichage, des politiques néolibérales du pouvoir actuel. Le projet gouvernemental d'un nouveau plan de santé mentale concerne donc l'ensemble des exclus de la réussite individuelle, et c'est dans cette globalisation que la résistance peut se construire. La psychiatrie s'affirme ainsi au carrefour de l'ensemble des politiques publiques, que ce soient celles de la santé, de l'éducation, de l'action sociale et du logement, de la justice, du droit au travail et à l'emploi, de la culture et du développement. En lien avec les luttes organisées par les professionnels, les usagers, les militants des droits de l'homme, il s'agit dans le développement des droits de remettre en cause le statut d'exception du « fou » et de son enfermement. Nous refusons que la psychiatrie et la santé mentale soient embrigadées comme faisant partie des polices de la société.

Cet engagement à résister est une actualité brûlante :

- avec les politiques de la peur, les atteintes portées aux libertés et aux droits sociaux, la surveillance sociale des vulnérables et précaires, stigmatisés en « classes dangereuses » et le fichage généralisé de tout fauteur de trouble et mauvais élève potentiel, avec la création d'« casier psychiatrique » des « malades mentaux », sans véritable « droit à l'oubli ».
- avec les nouvelles gouvernances néolibérales aux logiques entrepreneuriales et de casse du service public et de la politique de secteur en psychiatrie, comme ceux de la santé promues par Hôpital 2007 et la loi HPST de 2008.

Une politique démocratique de la santé mentale et de la psychiatrie est donc l'enjeu d'un débat national, dont les contours et les contenus relèvent :

- d'un soin psychique bien conçu articulé au droit commun, où la contrainte ne peut se faire, en cas d'extrême nécessité, sans l'autorisation et le contrôle du juge civil. Elle passe donc par l'abrogation des lois du 27 juin 1990 et du 5 juillet 2011.
- la mise en chantier d'une loi programmatique pour une psychiatrie démocratique qui rompe avec les plans de santé mentale actuels et annoncés, et se détermine avec les différents acteurs sanitaires, sociaux, associatifs et politiques. Si le soin psychique est élaboré par les professionnels sur le plan thérapeutique, il s'inscrit dans une politique globale comme des pratiques collectives fondées sur l'éthique du prendre soin.

Pour la penser nous ne manquons pas d'expériences et de pratiques, avec :

- les acquits de la politique généraliste de secteur psychiatrique et des pratiques anti-asilaires, du rapport Demay de 1982. Celui-ci, dans la promotion d'Etablissements publics de santé mentale qui s'appuient sur l'élaboration des besoins et de nouveaux dispositifs dans les conseils locaux de santé mentale, remet en cause un cadre centralisé par les ARS et l'administration des hôpitaux,
- le refus d'une application attentatoire au soin psychique d'une gouvernance médico-administrative économiste et hospitalocentrée.
- la reconnaissance pleine et entière des associations de patients et des familles, où les droits des patients promus par les textes de 2002 restent largement à appliquer.

Cette expérience fait apparaître des besoins et une éthique des pratiques qui se déclinent comme suit :

- L'accès aux soins et leur continuité se réalisent dans la communauté, l'hospitalisation n'étant qu'un temps du soin. L'ensemble est pensé comme une politique d'accueil, de prendre soin et d'hospitalité.

- Le soin psychique est fondé sur une clinique de l'altérité avec sa dimension relationnelle et les approches institutionnelles, dans le respect de la dignité et de l'intégrité du sujet en souffrance. Toute pathologie ou souffrance psychique est évolutive et ne peut reposer sur la prédiction de la récurrence. Il s'élabore, de façon incontournable, dans le respect de l'intimité du patient, en lien avec les tiers.
- Les réseaux, cartographie de ressources, sont une proximité essentielle et doivent être reconnus comme un outil à financer.
- Le soin est indépendant des entreprises privées pharmaceutiques et de technologie biomédicale.
- Son évaluation est d'abord qualitative et ne peut être soumise à de strictes considérations gestionnaires et managériales. Les patients ou leurs représentants doivent donner leur accord à tout collectage de données.
- Les patients sont reconnus dans leurs droits fondamentaux, qui se réfèrent à autant de « besoins pratiques », au même titre que tout membre de la société.
- Les droits des patients et des familles (où leurs substituts sociaux et juridiques) doivent être inscrits dans le code civil, en particulier les mesures de protection qui ne peuvent être que transitoires, liées à l'état psychique du moment. Les recours se font de droit au juge des libertés à tout moment. Ceux-ci ont la priorité sur toute mesure préfectorale. Les mesures de contrainte ne peuvent être qu'exceptionnelles et donner lieu à un droit à l'oubli après 2 ans.
- Les professionnels sont indépendants comme corps constitués, tant dans les contenus des soins que dans leurs formations. Leur recrutement, leur carrière et leur retraite, comme praticiens du service public repose sur un statut national garanti par l'Etat.
- Un observatoire des pratiques doit être mis en place, en lien avec le contrôleur des libertés, pour tout recours éthiques et techniques.
- La question de l'insertion sociale est liée à cette démarche globale, et liée étroitement à une protection sociale fondée sur la solidarité, et à toutes les créativité culturelles. La lutte contre les exclusions en est aujourd'hui un élément majeur qui mobilise la santé, l'action sociale, le logement, l'éducation, le travail, la culture et l'accueil des immigrations. Son financement doit être une priorité nationale.
- Les besoins de financement sont décidés par les établissements publics de santé mentale après consultation des conseils locaux de santé mentale. Les budgets locaux, régionaux, nationaux doivent être individualisés entre soins psychiatriques et actions de santé mentale, et relever comme pour les prises en charge des dépendances dans la notion d'ayant droit de la sécurité sociale.

Ces propositions s'inscrivent donc comme une perspective de résistances concrètes quotidiennes, une désobéissance civile politique, que représentent, dès aujourd'hui, le refus de donner un avis ou de saisir des données sans avoir eu un entretien avec le patient, la « visio-surveillance » comme une machine à faire délirer, à demander des soins obligatoires sous contrainte à domicile. Elles sont en rupture avec un discours de pouvoir biopolitique et de surveillance généralisée, avec des gouvernances de démantèlement du secteur de psychiatrie publique au profit du privé et de l'assurantiel.



<http://www.come4news.com>

Perception de la maladie mentale par la société

17-09-2011

Ecrit par [fata](#)

« Chacun est malade à sa manière. De cela le sage ne peut tenir compte. »

NEI-TSING (*Dujardin, Hygiène et santé mentale.*)

Voici quelques **définitions de la maladie mentale et d'autres concepts**, trouvées dans l'Encyclopédie Hachette

Multimédia:

Déviance: certaines formes de déviance ne voient aucune possibilité d'intégration dans le système.

Anormal: nom: qui s'écarte des normes, des usages, qui ne correspond pas à l'ordre habituel des choses.

Adjectif: mentalement déficient, on préfère parler de personnes inadaptées car c'est malgré tout l'adaptation du sujet au groupe qui reste le critère de la normalité.

Folie: ensemble de **comportements**, de représentation et d'expression qui vont à l'encontre de la normalité et témoignent de troubles mentaux graves. Ce terme, très utilisé autrefois est tombé en désuétude, car il ne correspond à aucune réalité médicale précise. On lui substitue le terme général de psychose, qui recouvre toutes sortes de troubles mentaux.

Le fou: *« c'est quelqu'un qui ne sait plus raisonner », « c'est quelqu'un qui est perdu »*¹,

*« Ce sont des citoyens, mais qui ont une maladie. »*²

La santé mentale est *« l'optimisation des possibilités de réalisation du projet de vie de chacun. »* (*Dujardin, Hygiène et santé mentale.*) Définition du Docteur Sivadon, psychiatre français : *« La santé mentale ne se définit pas seulement par l'absence de troubles, mais comme un état d'équilibre et d'harmonie entre les structures de l'individu et la structure du milieu auquel il doit s'adapter. Lorsqu'on dit « état », ce n'est pas d'un état stable qu'il s'agit, ni d'un équilibre statique, mais d'un effort permanent d'équilibre. »*

La normalité: *« Ce n'est surtout pas s'inquiéter avant tout du « comment font les autres ? » mais rechercher simplement tout au long de son existence sans trop d'angoisse ni trop de honte, comment s'arranger au mieux avec les conflits des autres comme avec ses conflits personnels sans abandonner pour autant son potentiel créateur ni ses besoins intimes. »* (J Bergeret)

La personne normale est en bonne **santé mentale** quand elle est capable d'adaptation suffisante à son

¹ Définitions données par deux personnes malades mentales lors de l'émission télévisée *Envoyé Spécial* dans le reportage « Folie douce ».

² Définition donnée par un psychiatre lors de l'Émission *Savoir plus Santé* dans le reportage « Pas si fou que ça ».

monde extérieur et intérieur.

Le malade mental : « *c'est quelqu'un qui a basculé un jour pour je ne sais quelle raison* »
(Émission télévisée *Savoir Plus Santé*)

La maladie mentale: « *c'est un cataclysme dans un tissu de relation.* » (Définition d'un médecin psychiatre : Émission *Savoir Plus Santé*) Paroles de D., résident d'un Foyer Thérapeutique: « *Je suis malade.... Ben oui, je sors de l'hôpital.* ». « *C'est triste d'être malade.* »

Pour conclure cette série de définitions, je dirai que la plus grande caractéristique des pathologies mentales est leur **imprévisibilité**.

Questionnement à propos de la notion de « maladie mentale »

On emploie le terme de maladie. Mais, est-ce une maladie du cerveau, ce qui suppose un **lien organique**; ou est-ce une maladie du **psychisme** et donc des instances ?

« *Le concept de pathologie, somatique ou psychique, implique l'existence d'un processus modifiant l'intégrité psychique d'un sujet par rapport à son état habituel sur le plan de l'efficacité intellectuelle, de l'équilibre instinctuel, affectif, et s'accompagnant d'une souffrance, plus ou moins ressentie ou reconnue comme telle par l'intéressé (..)* », selon la pathologie. (*L'intégration sociale des personnes handicapées par maladies mentales.*)

Ce que j'ai pu constater, c'est qu'elle est une **maladie humaine** invalidante pour la personne même et pour son entourage allant jusqu'à l'insupportable.

La maladie mentale peut donc être vue sous deux angles:

- **soit la maladie mentale ayant une causalité médicale, c'est à dire avec une atteinte d'un organe**
- **soit la maladie mentale comme « position subjective » chez Freud. C'est un mode de défense, qui peut se traduire, par exemple, dans le champ du langage, comme la théorie Lacanienne.**

Ce dernier angle irait dans le sens du Docteur Glorion, quand il proclame que « *La médecine de la molécule ne doit pas remplacer la médecine de la personne.* » (*L'intégration sociale des personnes handicapées par maladies mentales, Réadaptation, n° 409*) La folie est inaccessible à la raison par définition. La folie est incompréhensible, contrairement à la maladie qui, elle, est compréhensible. « *Comme le disait Thomas Szasz: « l'expression « maladie mentale » est une métaphore que nous avons fini, à tort, par prendre pour un fait.* » (*Sassolas M. Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social*)

Qu'est-ce qu'une personne handicapée: (Définitions du Dictionnaire Robert)

« *Qu'est-ce qu'une personne handicapée ? Une personne qui te fait croire que tu es normal.* » Simone Sausse

Handicapé: est un terme apparu dans les années 60 pour remplacer ceux d'invalides et d'inadaptés connotés négativement. A partir des années 80, on ne parle plus de handicapé mais de personne handicapée.

Infirmes: personne atteinte d'une ou plusieurs infirmités et spécialement des infirmités incurables.

Invalide: personne qui n'est pas en état de mener une vie active, de travailler du fait de sa mauvaise santé, de ses infirmités, de ses blessures.

Débile: personne qui manque de force physique d'une manière permanente, personne sans aucune vigueur, personne atteinte d'une déficience de l'intelligence.

Inadapté: personne qui présente un déficit intellectuel ou des troubles affectifs qui le rendent incapable de faire face aux conditions normales de la vie.

En France, une autre notion est apparue pour désigner les malades mentaux. Aux journées nationales d'information à l'UNESCO les 1er et 2 décembre 1993, c'est la première fois que la maladie mentale est abordée. La notion de **personnes handicapées par maladies mentales** sera retenue afin de différencier des « handicapés mentaux par déficit intellectuel et psychomoteur. »

Le handicap est vu selon trois plans dans la **classification de Wood (USA)**

- « **impairment** » qui signifie **déficience. On est dans le cas de l'atteinte d'un organe ou d'une fonction**
- « **distabilités** » qui signifie **incapacité: le plan 1 a une conséquence sur les capacités de la personne.**
- **le handicap proprement dit: les 2 premiers plans ont comme conséquence la mise en place d'une situation de désavantage social.**

La stigmatisation

La maladie mentale vient transgresser l'**ordre** de la société, donc elle dérange les contacts sociaux.

« L'on se souviendra qu'il n'y a pas si longtemps des usagers ont violemment protesté contre la présence d'un petit groupe d'enfants handicapés mentaux qui, dans le cadre d'un séjour thérapeutique s'étaient rendus dans une piscine publique. » (Pignol P, Brillant JY et Philippot M, Les séjours sociothérapeutiques – un guide d'accompagnement psychotique.)

De plus, il y a aussi un sentiment de **peur** des personnes malades mentales. Bien souvent, le « où » passe avant le « qui ». Les personnes « normales » se construisent une liste de lieux d'évitement, comme sous les ponts, dans les banlieues insalubres. Ceci est un système de défense purement humain : la localisation permet l'évitement. Il y a donc une généralisation de la maladie mentale à certains lieux, et indirectement à certaines populations. « (...) besoin ancestral de se protéger de la folie en la désignant chez l'autre. Le fou représente bien alors le négatif qui, par contraste, atteste la norme. » (Ternynck C, *La mort du fou. Essai sur la représentation de la folie à travers les âges.*) Elle n'est pas que physiologique,

il y a aussi une **visibilité** sociale de la maladie mentale. Elle est reconnue comme telle par la société car c'est la société qui décide de la **normalité**. « *L'intraduisible d'un propos, l'incohérence d'un comportement, l'inexplicable d'une attitude (...) ne peuvent être que les signes d'une maladie chez cet individu. En aucun cas, ils ne peuvent être compris comme l'expression de son mal être dans une situation difficile ou intenable. (...) Dans notre culture qui assimile folie et maladie, on ne peut pas être à la fois incompréhensible et normal. » « Une pratique psychiatrique (...) fabrique de toutes pièces de la maladie là où il n'y a qu'un mal-être, celui d'un individu n'ayant pas sa place dans la société. » (Sassolas M. *Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social.*)*

Pourtant le **handicap** provoqué par la maladie mentale est beaucoup moins visible que le handicap physique ou le handicap mental. Il est certain que parfois, certains comportements ou habitudes physiques, comme des habitudes vestimentaires qui ne rentrent pas dans la norme, sont vite remarquables. Mais je pense surtout que le poids du handicap est difficile à évaluer sur un simple coup d'œil. « *Il y a ce qui se voit et ce qui ne se voit pas. Ce qui ne se voit pas est souvent plus grave que ce qui se voit.* » (Dr Jolivet)

Mais ce qui est visible fait plus peur car est accessible plus rapidement et plus facilement. Il est plus difficile de croire à ce qu'on n'en voit pas. « *Mieux vaut le cancer qu'une dépression dans le regard du voisin.* » (*L'intégration sociale des personnes handicapées par maladie mentale, in Réadaptations.*)

Exemples :

Commentaires de personnes devant une toile de Géricault représentant des malades : « *des fous, enfin, tous des criminels.* »

Les généralités ont souvent lieu : « *il faut tous les enfermer !* » quand un fait divers impliquant une personne malade est en première page des journaux.

« *Pourrions nous aussi demander aux médias de ne pas assimiler pathologie et violence.* »

Des professionnels de la santé mentale rencontrent des élus locaux en leur expliquant leur travail, mais les réactions de ceux-ci après la rencontre restent décevantes : « *ce sont des déficients intellectuels* », « *ils ne seront autonomes que quand ils ne prendront plus de médicaments.* »

Enquête française :

- « Cela me gênerait qu'un malade mental capable de vivre seul et suivi par des médecins habite près de chez moi » : Plutôt non : 20% - Pas du tout : 55%
- « Les malades mentaux sont dangereux, il faut les enfermer » : Plutôt non : 35% - Pas du tout : 40%
- « Êtes-vous bien informés sur les maladies mentales » : Non : 70%
- « Êtes-vous à l'abri de ce genre de maladie ? » Non : 60%

Il y a donc peu de rejet des personnes malade, mais une carence au niveau de l'information et une peur personnelle.

L'aspect culturel :

Il est important de garder à l'esprit l'aspect culturel, en prenant en compte notre milieu de vie. Notre culture a en effet elle-même des critères par rapport à la santé mentale. Il faut donc travailler dans l'optique de l'épanouissement de la personne, savoir s'adapter à chaque personne, aux différentes cultures. « *L'être sain est celui qui est capable de s'adapter à toutes les cultures et non pas celui qui est bien adapté dans une seule.* » (Devereux) Il faut penser à comprendre les paroles de la personne par rapport à ses références culturelles. « *Sauf lorsque l'on constate des symptômes extrêmes, le diagnostic peut devenir ethnocentrique puisque le praticien juge en fonction de sa propre culture la conduite d'individus que l'on ne peut vraiment juger qu'en fonction des cadres de référence de leur groupe.* » (Goffman E., *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux.*)

De plus, la culture évolue et il faut savoir s'y adapter. Certaines personnes ne parviennent pas à suivre ce rythme, regrettent le passé et s'y bloquent. Les fonctions mentales de l'homme sont mises à l'épreuve dans cette société en constante évolution. « *(...) la bouffée délirante, si fréquente en Afrique, est une issue trouvée par le sujet lorsque l'assistance groupale est détruite ou insuffisante. Elle permet souvent, grâce à l'hospitalisation, c'est à dire à l'assistance d'un néo-cadre et d'un groupe transitionnel, un réajustement de la personne aux*

nouvelles conditions d'existence. » (Sassolas M. Les soins psychiques confrontés aux ruptures de lien social.)

Enfin, je voudrais rappeler que la maladie mentale est présente chez tous les peuples, mais ce qui est différent, c'est l'attitude des populations, gouvernements, idéologies. Un pays développé n'est pas synonyme d'un pays évolué. **L'évolution d'un peuple** devrait être jugée par la façon dont il traite ses prisonniers et ses fous, un peuple attentif à la subjectivité, la dignité de chacun et à la qualité de la citoyenneté.

On peut aussi dire que parmi l'ensemble des maladies, la maladie mentale est celle qui a suscité le plus d'**interrogations** et sur laquelle de nombreuses professions se sont penchés.

On peut conclure à l'existence de deux sortes **d'institutions psychiatriques** :

- les premières où la relation personnel/malades est basée sur l'angoisse et des attitudes agressives, ce qui a pour conséquence la brutalité et la déchéance humaine pour les 2 groupes. « *Grâce à ces subsides, les cliniques semblent parfois avoir perdu la notion qu'elles y sont surtout pour le malade. Leurs administrations financières (...) ont pris tellement d'importance que le sort des malades y est e peu d'importance. Les investissements se font surtout dans un esprit de concurrence et sont dictés par un désir de pouvoir. » (Fondation Julie Renson, La société génératrice de troubles mentaux ?)*
- Les secondes sont les cliniques psychiatriques modernes ; l'opposé des premières. « L'opinion courante sur le malade est celle-ci : s'il était lui-même, il solliciterait un traitement psychiatrique et s'y soumettrait de son plein gré et, à la fin e son séjour, il reconnaîtrait que son moi réel a constamment subi le traitement dont il avait effectivement besoin. » « Dans tous les cas, l'action médicale est présentée au malade et à ses proches comme un service individualisé alors qu'en fait l'unique bénéficiaire en est l'institution puisque l'acte s'inscrit dans un plan d'ensemble destiné à faciliter le travail de gestion des administrations. » Il suffit de penser à quelques pratiques : électrochocs, hystérectomies, lobotomie. « Le fait d'assurer la tranquillité nocturne du quartier en faisant absorber des somnifères aux malades (ce qui permet e réduire les effectifs du personnel de nuit) s'appelle médication ou traitement. » (Goffman E., Asiles)

Les principales approches

La neuroscience : pour qui l'origine de la maladie mentale est l'anomalie biologique innée ou acquise. Les traitements sont d'ordre physique ou chimique, comme les médicaments, la luminothérapie, les électrochocs thérapies.

Le comportementalisme : qui considère l'existence dans le passé de la personne d'apprentissage erronés qu'il va s'agir de corriger. Ce sont des méthodes de conditionnement.

La psychanalyse : classique qui pense qu'il y a des accidents ou des traumatismes psychiques qui se produisent à l'un ou l'autre stade du développement, qui produit des fixations et une propension aux régressions à ces stades. Différents traitements sont possibles, dont la psychothérapie ou la psychanalyse.

Les théories systémiques : qui considèrent qu'il y a une communication bloquée entre les différents agents du système. Le traitement consiste à soigner l'ensemble du système en favorisant directement la communication.

On peut conclure sur une grande tendance à faire du médecin un expert du social et de la médecine une technique de réparation de la société.

Enfin, j'aimerais parler de l'**exemple** positif du village de Lierneux en Belgique, où, depuis plus d'un siècle les familles accueillent une ou plusieurs personnes de l'hôpital psychiatriques tout proche. Le « fou » est libre dans le village, fréquente église, magasins, cafés. Il semble passer inaperçu pour les habitants. Par tradition ? Par pitié ? Par solidarité ? En tout cas, il est accepté. Mais ceci se fait avec un encadrement étroit de spécialistes, e qui permet de rassurer les familles, mais met aussi en évidence la différence de ses hôtes. Cet exemple se retrouve aussi dans un village de Flandre, et dans deux villages en France.

-30-



Pharmacritique

Expression libre sur la santé et tous les lobbies et conflits d'intérêts qui la mettent en danger. Les rapports entre

industrie pharmaceutique, médecine et usagers sont sous la loupe critique...

<http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/>

17.05.2008

Marché des psychotropes: construction historique d'une dérive Par la psychiatre Monique Debauche



Voici le texte d'une conférence de 17 janvier 2008, organisée par la revue *Prescrire*, donnée par **Monique DEBAUCHE**, psychiatre à la Free-Clinic Bruxelles, membre du Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé (Belgique). Elle aborde certains des facteurs essentiels qui nous ont amenés dans la situation catastrophique de surconsommation d'antidépresseurs et de marasme d'une psychiatrie dominée, à travers le DSM, par l'industrie pharmaceutique. Une psychiatrie devenue une technique de contrôle social et de

normalisation de comportements et/ou tempéraments conçus comme déviants par rapport aux standards économiques néolibéraux en vigueur et aux représentations sociétales qu'il détermine. M. Debaucheanalyse aussi l'invention de maladies ("façonnage" ou *disease mongering*) pour écouler un médicament ; la production de « preuves » par la recherche médicale, à travers des études randomisées facilement manipulables pour donner les résultats attendus et permettre les ventes ; l'écriture des articles "scientifiques" par des "ghostwriters" (auteurs fantôme) ; un contrôle quasiment inexistant par les agences du médicament ; le déclin de la psychiatrie en faveur d'entretiens directifs se soldant par la prescription de psychotropes, etc.

Marché des médicaments psychotropes : construction historique d'une dérive

Grandes lignes

- « La découverte de médicaments psychotropes a suscité beaucoup d'espoirs dès les années 1950, et a contribué au développement d'un modèle explicatif restrictif des pathologies mentales, impliquant une anomalie de la chimie du cerveau.
- 50 ans après, la consommation de médicaments psychotropes a littéralement explosée, mais paradoxalement la prise en charge des patients s'est détériorée.
- La dérive du marché des médicaments psychotropes est multifactorielle. Elle s'est progressivement construite au cours des dernières décennies, à la faveur de modifications réglementaires (obligation d'obtention d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) avant commercialisation) et dans un contexte d'économie de marché.

- L'évaluation des médicaments psychotropes est basée sur des essais cliniques randomisés (en anglais, "randomised clinical trials" (RCT)), financés par les firmes pharmaceutiques, qui s'en servent avant tout comme d'outils de promotion.
- Les essais cliniques en santé mentale sont souvent méthodologiquement faibles, rendant leurs résultats peu pertinents pour la clinique.
- Les méthodes de la recherche appliquées à la pratique clinique peuvent avoir des effets pervers néfastes dans la prise en charge des patients (appauvrissement du diagnostic, prise en charge contrainte par des recommandations biaisées).
- En psychiatrie, le rapport humain et l'engagement dans la durée auprès des patients reste primordial.

Après la seconde guerre mondiale, dans un contexte de désinstitutionalisation des malades mentaux, sont apparus de nouveaux médicaments ayant une action sur le système nerveux. Ces médicaments psychotropes ont suscités de grands espoirs pour l'amélioration des soins en pathologie mentale (1). La psychopharmacologie ouvrait une troisième voie entre les thérapies de choc et la psychanalyse (2).

Avec la psychiatrie biologique, la psychiatrie espérait retrouver le champ clair et limpide de la médecine : une maladie = un traitement = la guérison. Mais ce faisant, elle rejetait dramatiquement dans l'ombre la réalité de la pratique de la clinique médicale, psychothérapeutique ou psychiatrique, qui est celle du traitement pluridisciplinaire, de l'engagement humain au long cours auprès du patient, avec ou sans l'aide de psychotropes (3).

La psychiatrie s'est orientée dans les décennies suivantes vers un modèle explicatif des pathologies mentales impliquant une anomalie de la chimie du cerveau (déséquilibre des neurotransmetteurs "bio-blabla"), utilisé comme support à des arguments promotionnels ou à des effets de mode dans les milieux scientifiques, et au service d'une dérive commerciale (2).

État des lieux succinct de la dérive du marché des médicaments psychotropes : l'exemple des antidépresseurs

L'exemple des antidépresseurs permet d'illustrer la dérive du marché des médicaments psychotropes et d'en mesurer l'ampleur. Cette dérive se traduit dans les faits par une détérioration de la prise en charge des patients.

Le cas des antidépresseurs.

La dépression, terme qui désigne une douleur morale qui peut frapper nombre d'entre nous, est largement décrite et médiatisée. Des campagnes successives nous incitent à y prêter plus d'attention et à être plus interventionnistes dans toute forme de traitement. Et étrangement, dans cette circonstance comme dans d'autres qui touchent à la

pathologie mentale, il semble que la qualité de nos traitements soit en net recul (4 à 7). Plusieurs méta-analyses de grande ampleur concluent que sur tous les patients inclus dans des études cliniques sur l'efficacité des antidépresseurs, seuls 50 % des patients connaissent une amélioration clinique mesurable sur l'échelle d'Hamilton (4). Ce qui est un résultat assez médiocre comparativement aux 40 % d'amélioration sous placebo (lire plus loin "Essais cliniques randomisés dans le domaine de la santé mentale : les limites").

Pourtant, dans deux rapports récents, nous observons en Belgique comme en France le même profil de **surconsommation (8,9) : le volume de consommation a quasiment doublé en moins de 10 ans** ; les femmes consomment davantage que les hommes ; les personnes âgées sont les plus concernées mais toutes les tranches d'âge sont affectées par cette extension (jeunes enfants y compris). 85% des prescriptions proviennent des médecins généralistes et font souvent suite à un bref entretien.

Deux faits inquiétants méritent d'être soulignés. Premièrement, les médicaments psychotropes manquent leur cible. En effet, la plupart de ceux qui bénéficient de traitements remboursés seraient finalement atteints de troubles existentiels passagers ou à résolution spontanée, alors que les mélancoliques nécessitant des traitements psychiatriques seraient eux laissés sans soins (2). Deuxièmement, d'après le Rapport annuel de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) publié le 1er mars 2007, l'abus et le trafic de médicaments psychotropes délivrés sur ordonnance mais consommés en dehors de tout contrôle médical seraient en train de dépasser ceux des drogues illicites (10).

Détérioration de la prise en charge des patients

Plusieurs études menées par Healy, un psychiatre et chercheur gallois, et ses collègues, sur la population d'un hôpital psychiatrique du Nord du Pays de Galles montrent

une détérioration de la prise en charge des patients (6,7). En 50 ans, les mesures d'internement forcé en psychiatrie ont été multipliées par 5 ; les admissions pour pathologies mentales sévères par 7 ; le taux de suicide chez les patients schizophrènes par 20 et la mortalité générale pour les malades atteints de pathologies psychiatriques sévères a fortement augmenté.

Dérive du marché des médicaments psychotropes : une organisation multifactorielle

Pour comprendre comment a pu historiquement s'organiser le dérapage actuel dans les pays occidentaux en ce qui concerne la prescription des médicaments psychotropes, nous allons nous pencher sur une apparition majeure dans la régulation du médicament au vingtième siècle, l'autorisation de mise sur le marché (AMM), puis sur ses conséquences en termes de méthode d'évaluation des médicaments psychotropes, sur la place occupée par les firmes pharmaceutiques dans cette évaluation, et sur les conséquences de cette évaluation sur la pratique clinique en psychiatrie.

Autorisation de Mise sur le Marché : nécessité d'une évaluation standardisée.

Peu après l'arrivée des médicaments psychotropes dans les années 1960, la nécessité d'obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM) avant de pouvoir commercialiser un nouveau médicament a été rendue obligatoire en Europe (Directive Médicament de 1965). Cette obligation a été motivée par l'urgence de protéger le consommateur des produits pharmaceutiques à l'utilité ou à la sécurité douteuse (suite notamment au scandale du thalidomide en Allemagne (a)). Et c'est également à ce moment-là, coïncidence historique, que se formait un marché commun européen, du médicament notamment. En matière de produits pharmaceutiques, les questions de santé publique et économiques sont donc d'emblée indissociables (b).

La mise en place de l'AMM va nécessiter l'élaboration de critères d'évaluation reproductibles d'un pays à l'autre et une standardisation des pratiques. Il s'agit de démontrer qu'une thérapeutique remplit bien 3 critères : efficacité, sécurité, et qualité pharmaceutique. Pour obtenir l'ouverture d'un marché, et d'autant plus si l'on vise l'obtention d'un remboursement, il faut donc prouver que son médicament soigne une maladie, selon le schéma : une maladie = un traitement = la guérison. L'obtention d'une AMM, accordée par les agences de régulation dès qu'il est

prouvé que le médicament "fonctionne", ouvre l'accès du marché aux firmes, qui en font la promotion, et que les cliniciens se mettent ensuite à prescrire abondamment.

Pour identifier les caractéristiques idéales du produit qui aura le plus de chance de devenir un gros succès commercial, les firmes pharmaceutiques vont à la rencontre de patients et soignants en attente de solutions, et ensuite leur proposent une réponse simpliste (un médicament) (12).

Évaluation des médicaments psychotropes : essais cliniques randomisés.

L'introduction d'un dossier d'AMM exige de la part des industriels la production d'études qui doivent être fiables, élaborées selon le modèle des essais cliniques randomisés en double aveugle (Randomised controlled trials, RCT). Il s'agit de tester sur une cohorte divisée en deux groupes comprenant de nombreux patients atteints de la pathologie, sur les uns la substance active et sur les autres un placebo ou un médicament de référence plus ancien. Le style d'interviews utilisés dans ces études est le plus souvent le remplissage d'échelles de scores ayant une allure "scientifique". Les cliniciens travaillant dans le cadre de ces études passent en général plus de temps à rédiger des protocoles de recherche qu'à proposer une réflexion clinique sur leurs patients. L'ancienne méthode de construction du savoir clinique, c'est-à-dire l'étude de cas cliniques, est complètement tombée en désuétude.

Les essais cliniques randomisés (RCT) sont très coûteux et réalisés par les firmes pharmaceutiques dans le but d'obtenir l'AMM. Les firmes sous-traitent près de 2/3 de la réalisation de ces recherches à des sociétés privées (Contract Research Organizations, CROs) plutôt qu'à des centres académiques (16). Cette nouvelle pratique de la recherche a complètement remodelé les règles de confidentialité, de publication et de propriété intellectuelle en matière de recherche scientifique et pose question quant au contrôle du recrutement des patients.

Conséquences du financement de l'évaluation par les firmes pharmaceutiques.

Les firmes et leurs prestataires (CROs) fixent les règles méthodologiques des essais avant de s'assurer la participation de psychiatres cliniciens, qui ont par ailleurs beaucoup à y gagner financièrement et en termes de notoriété. Face à la panne de l'innovation dans le domaine

pharmaceutique, les firmes conçoivent actuellement les essais cliniques comme support à la promotion d'un produit récemment breveté pour une nouvelle indication ou pour un autre segment du marché. Les échelles de scores ne sont souvent pas conçues sur la base de critères de jugement pertinents ni afin de répondre à des questions qui se posent en pratique.

Les difficultés théoriques de s'accorder sur des diagnostics psychiatriques et leur degré de pertinence (14) ainsi que celles de l'aspect fuyant et mouvant dans le temps des classifications nosologiques (15) ont ouvert la porte au **découpage des pathologies en myriades de troubles, désordres et symptômes. Une "boîte de Pandore" pour les médicaments en recherche d'une pathologie à traiter. Les classifications et les outils diagnostiques sont devenus en eux-mêmes des outils commerciaux pour le marché local et l'exportation.**

Les CROs délocalisent souvent la réalisation des études cliniques dans les régions du monde où elles sont les moins coûteuses à réaliser (Europe de l'Est, Asie, Afrique). Quelle est la validité des échelles de score et des critères diagnostiques établies dans nos pays quand ils sont transposés dans d'autres cultures ? Et quelle sera la pertinence des règles de bonnes pratiques européennes ("guidelines") qui sont basées sur les résultats de ces études cliniques randomisées ?

Vu les enjeux économiques majeurs et la concurrence acharnée, les firmes gardent la maîtrise du contenu de ces études et le traitement des données statistiques. La firme produit, souvent sans négociation avec les cliniciens, le rapport final sur l'efficacité, la sécurité, les effets secondaires et les recommandations de dosage. Les résultats de ces études restent la propriété des firmes et les détails des données brutes des études, publiées ou non, ne sont pas accessibles à l'analyse des scientifiques indépendants(16). Les données brutes de certaines études ont parfois été rapportées de façon tronquée (16,17,18). Les refus de collaboration, ou les conséquences scientifiques de négociations déséquilibrées entre industriels et chercheurs qui souhaitent rester indépendants, ne font que très rarement la une des revues médicales.

La grande majorité des études de phase IV (études menées après obtention de l'autorisation de mise sur le marché,

souvent à des fins promotionnelles) ne sont pas soumises aux agences de régulation. Ne seront souvent publiées que celles de ces études qui montrent un bénéfice du médicament produit par la firme. Par exemple, la firme pharmaceutique produisant la sertraline n'a finalement obtenu des résultats positifs que dans une étude sur les quatre réalisées et uniquement sur une cohorte comprenant 76 % de femmes. Les résultats des études qui montrent un bénéfice sont souvent repris dans des articles "scientifiques" rédigés par des agences spécialisée (phénomène de "ghostwriting") et sont ensuite attribués et signés par des personnalités académiques ("experts scientifiques" ou "leaders d'opinion"), avant d'être publiés dans des revues scientifiques.

Essais cliniques randomisés dans le domaine de la santé mentale : les limites.

Contrairement aux études réalisées dans d'autres champs de la médecine, les études randomisées concernant les nouveaux médicaments psychotropes n'apportent le plus souvent pas de preuves que ces médicaments sauvent des vies ou permettent de remettre des gens au travail. Tout au plus, ces études montrent que ces substances ont un effet, "fonctionnent" chez certaines personnes.

Sur des études englobant un très grand nombre de patients, même une petite différence d'un ou deux points sur une échelle peut donner une différence "statistiquement significative". Ce qui veut dire qu'une substance qui est soit un peu sédatif, soit un peu calmant, donne des résultats positifs pour "soigner la dépression", si l'échelle de scores utilisée pour mesurer l'efficacité inclut des items tels que la qualité du sommeil ou l'anxiété (c). Et cette différence, même minime à condition qu'elle soit "statistiquement significative", entre les effets de la substance active et le placebo, est considérée comme suffisante pour attester que le médicament "fonctionne".

Par exemple, les patients qui reçoivent un "antidépresseur" ont 50 % de chance de ne pas ressentir d'effet bénéfique et 50 % de chance de ressentir un effet peut-être un peu plus bénéfique (ou peut-être simplement comparable) qu'avec de la nicotine ou un antihistaminique. Il ne s'agit donc certainement pas d'un traitement spécifique ("magic bullet"). Avoir un effet sur une échelle de score ne veut pas dire qu'il s'agit d'un traitement efficace. C'est l'efficacité spécifique qui reste à prouver (par exemple, un effet sédatif

avéré n'est pas une preuve d'efficacité sur les symptômes dépressifs). Pourtant, le patient sera convaincu par différentes sources d'information sur les antidépresseurs de recevoir un médicament à l'effet équivalent sur son mal-être que l'effet d'un antibiotique sur une pneumonie ou de l'insuline pour le diabète...

Malgré leurs faiblesses méthodologiques, les RCT ont aujourd'hui un impact considérable sur le développement de la connaissance médicale, la formation des élites scientifiques, l'élaboration des recommandations de prescription (18). Elles sont par ailleurs devenues un des principaux vecteurs d'échanges d'informations entre les firmes et les cliniciens.

Méthodes d'évaluation des médicaments psychotropes appliquées à la pratique psychiatrique : effets pervers.

À partir des années 1980, l'instauration des essais cliniques comme "instruments de connaissance" dans la recherche a eu tendance à s'étendre à la pratique psychiatrique clinique, ce qui va accélérer le recours, notamment par les psychiatres, à un outil diagnostique commun dans le monde entier : le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Cet outil diagnostique va profondément modifier et appauvrir l'élaboration de la clinique psychiatrique.

Les **entretiens directifs** deviennent la règle en appauvrissant la relation au patient et sont responsables d'une perte d'informations cruciales sur l'environnement et l'histoire du patient (d). Plus inquiétant encore, une fois établies "les preuves" de l'efficacité des psychotropes via les essais cliniques randomisés, l'étape suivante est de s'assurer que les cliniciens adhèrent aux recommandations de bonnes pratiques en matière de prescription ("guidelines"), le plus souvent synthétisées par un groupe d'experts. Les gestionnaires de soins attendent des cliniciens qu'ils suivent ces "guidelines". Le clinicien est fortement incité à traiter ses patients non pas d'après son expérience clinique mais d'après des études statistiques dont la méthodologie semble souvent douteuse. Toute déviation par rapport aux recommandations de la part d'un clinicien implique de pouvoir être justifiée, ce qui transforme peu à peu ces lignes de conduite en règles contraignantes.

Ainsi, les résultats de l'évaluation des médicaments psychotropes telle qu'elle est actuellement menée peuvent amener à des régressions dans la prise en charge des

patients. Par exemple, ces dernières années, des patients qui se sentaient bien sous des médicaments plus anciens (benzodiazépines, antidépresseurs tricycliques) se sont vus fortement incités, sous l'influence d'une promotion agressive, à se sevrer pour prendre un IRSS, ceux-ci ayant reçu une AMM pour le traitement de la dépression (e).

Nous ne disposons actuellement d'aucune alternative aux RCT construites par les firmes pour rédiger ces "guidelines". C'est aux pouvoirs publics et donc aux décideurs politiques de décider de mettre les moyens pour le financement d'études indépendantes.

Conclusion

Actuellement le savoir psychiatrique, celui qui est partagé par les médecins comme celui qui est diffusé dans le grand public, est orienté par la nécessité pour les firmes d'obtenir des autorisations de commercialisation et par des contraintes marketing. De façon tout à fait évidente, les essais cliniques tels que réalisés actuellement par les firmes ne sont pas construits pour orienter la pratique clinique. Si c'était le cas, elle devrait s'intéresser plus largement à tout le processus de soins dans lequel le médicament n'est qu'un élément marginal.

La question de l'**objectivité de la recherche biomédicale** nécessite un débat beaucoup plus vaste sur les rapports de pouvoir qui structurent ce secteur, sur les mécanismes de sélection des projets, sur le statut de la recherche après mise sur le marché (études post-AMM) et finalement sur le rôle de la puissance publique dans le processus d'innovation en matière de médicament (17). Le combat pour la **transparence** des données reste primordial.

De façon plus générale, c'est toute une **logique de type marchand** qui met à son service les soignants, en réduisant la pratique des soins à l'échange d'un produit de consommation, clairement délimité, et en élaguant de ce fait tout ce qui n'entre pas dans ce cadre et principalement le rapport humain et l'engagement dans la durée auprès des patients (1). Pourtant, prendre en compte la subjectivité des patients comme une donnée irréductible ne relève en rien d'une vision passéiste de la psychiatrie (16).

a) Le thalidomide est une substance qui a été à l'origine de plusieurs milliers de cas d'atrophie d'un ou plusieurs

membres chez les enfants de femmes enceintes ayant consommé ce médicament pendant la grossesse.

b) Les dispositifs de régulation vont se construire en même temps des deux côtés de l'Atlantique et se développent chez nous tant au niveau national qu'europpéen pour aboutir en 1995 à la création de l'Agence Européenne du Médicament (EMA correspondant de la célèbre FDA : Food and Drug Administration aux U.S.A.).

c) Si cette constatation théorique sur l'effet placebo était utilisée dans la pratique clinique, il devrait y avoir un plus grand usage de placebo ou à tout le moins, une attente prudente avant de prescrire des médicaments. En cas de réponse positive, le clinicien devrait informer le patient du fait que l'amélioration pourrait être induite par d'autres facteurs. Ou encore, il devrait être possible d'optimiser ces autres facteurs pour arriver pratiquement au même résultat que les substances qui "fonctionnent" et donc éviter les effets indésirables et les risques non négligeables qu'occasionnent les substances actives (21).

d) De cette façon, il serait possible de prouver que la nicotine, les benzodiazépines, les antihistaminiques, le méthylphénidate, les antipsychotiques et la plupart des anticonvulsivants sont aussi des "antidépresseurs".

e) Voici une citation extraite de la préface rédigée par **le Pr Van Praag HM** : « Le diagnostic psychiatrique était au siècle passé et jusqu'aux années 80, il est vrai, peu fiable et valide, mais il était raffiné. Ce raffinement était dû à la phénoménologie et à la psychanalyse, en ce temps-là deux

mouvements dominants de la psychiatrie, du moins en Europe occidentale. Le diagnostic psychiatrique est devenu "plat", a perdu de sa richesse et s'est desséché (...) L'être individuel, tant dans ses manifestations normales que dans celles éventuellement pathologiques, demeure en majeure partie un livre clos lorsqu'il est détaché de son passé (...) La personnalité ne peut être assimilée au cerveau. Ne pas tenir compte du passé ou de l'analyse du passé, sans tenir compte de la structure de la personnalité sont, sur le plan diagnostique, des fautes médicales (...) Un manque d'intérêt (pour la psychodynamique) mène à peu de recherche. Peu de recherche mène (depuis quelques décennies) au mépris de notre profession (...) Des tentatives de suicide et des suicides réussis, les complications les plus inquiétantes de la maladie dépressive, diminuaient à peine durant l'ère des antidépresseurs. Il n'est pas clair quelle en est la cause. Beaucoup sont imaginables, mais il semble que des facteurs comme : a. la surestimation des déterminants biologiques des dépressions et donc du traitement psychopharmacologique et ; b. la sous-estimation du fait que des fondements neurobiologiques de la dépression peuvent être (co)-induits par des facteurs psychologiques et psychodynamiques - une attitude qui mène facilement à la marginalisation de la psychothérapie et à la prescription d'antidépresseurs en monothérapie - ont contribué à cette situation décevante. Tout compte fait, nous avons payé un prix élevé pour l'innovation diagnostique telle qu'elle a été instaurée en 1980. » (réf. 4).

f) De leur côté, la nicotine ou les antihistaminiques (trop connus pour d'autres usages) n'auraient pas été commercialisés de façon crédible pour cette indication.

Références :

1. Healy D "The Creation of Psychopharmacology", Cambridge, Massachussets, London, England , Harvard University Press 2002 : 469 pages.
2. Shorter E, Healy D "Shock Therapy, A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness" New Brunswick, New Jersey and London, Rutgers University Press 2007: 381 pages.
3. Valenstein E "Blaming the Brain - The Truth About Drugs and Mental Health" New York, The Free Press 1998 : 292 pages.
4. In : 2003 de Dierick M, Anseau M, D'Haenen H, Peuskens J, Linkowski P (Eds). Manuel de Psychopharmacothérapie. Gent, Academia Press 2003 : 678 pages.
5. Coupechoux P "Un monde de fou : comment notre société maltraite ses malades mentaux" Paris Seuil 2006 : 358 pages.
6. Healy D, Harris M, Catell D et al. "Service utilisation in 1896 and 1996 : morbidity and mortality data from North wales" Hist Psychiatrica 2005 : 16, 27-41

7. Healy D, Harris M, Tranter R et al. "Lifetime suicide rates in treated schizophrenia 1875 1924 and 1994-1998 cohorts compared" British J Psychiatry 2006 : 188, 223-228.
8. Boutsen M, Laasman J-M, Reginster N "Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs" Mutualité Socialiste de Belgique 2006.
9. Briot M, Députée "Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes – Synthèse générale" Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé 2006. Site internet : <http://www.psydesir.com/leg/spip.php?article1451>
10. OICS "L'abus de médicaments délivrés sur ordonnance va dépasser la consommation de drogues illicites, indique l'OICS" Communiqué de presse n°4 du 1er mars 2007. Site internet :
11. http://www.incb.org/incb/fr/press_releases.html
12. Mignot G "Effets indésirables des antidépresseurs". Texte de la présentation à la réunion de consensus sur l'usage efficace des antidépresseurs dans le traitement d'indications autres que les troubles dépressifs. INAMI. Bruxelles, 31 mai 2007.
13. Mintzes B "Disease Mongering in Drug Promotion: Do Government Have a Regulatory Role ?" PLOS Medicine avril 2006. Site internet : <http://medicine.plosjournals.org>
14. Urfalino P "Le grand méchant loup pharmaceutique : angoisse ou vigilance" Paris, Textuel, Conversation pour demain, 2005 : 119 pages.
15. Kirk S., Kutchins H "Aimez-vous le DSM : le triomphe de la psychiatrie américaine" Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, Coll. Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1998 : 424 pages.
16. Hacking I "L'âme réécrite – Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire"
17. Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 2006 : 451 pages.
18. Healy D "Trussed in evidence: guidelines, tramlines and fault lines". Texte de la présentation Pills, Politics and Practice Demanding People-Centred Medicines Policy in the 21st Century October 26-27 2006, Amsterdam. HAI Europe Jubilee Conference.
19. Urfalino P, Hauray B "Expertise scientifique et intérêts nationaux. L'évaluation européenne des médicaments 1965-2000" Revues Annales. Histoire, Sciences sociales, 2007, n°2, Médicaments et Société.
20. Dalgarrondo S "Savoir thérapeutique et logique commerciale. Le cas de l'AZT" Revues Annales. Histoire, Sciences sociales, 2007, n°2, Médicaments et Société.
21. Prescrire Rédaction "Progrès thérapeutique : la faillite des agences" et "Les agences du médicament n'exigent pas assez d'évaluations comparatives", Prescrire, décembre 2002, n° 234 : page 847 et pages 850 et 851.
22. Mol A "De logica van het Zorgen : Actieve patienten en de grenzen van het kiezen", Amsterdam, Vangennep, 2006 : 158 pages.

<http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/05/17/marche-des-psychotropes-construction-historique-d-une-deriv.html>



Pharmacritique

Expression libre sur la santé et tous les lobbies et conflits d'intérêts qui la mettent en danger. Les rapports entre industrie pharmaceutique, médecine et usagers sont sous la loupe critique...

19.05.2008

Psychotropes dès le berceau ? Le façonnage de maladies (disease mongering) nous mène tout droit au traitement à vie par psychotropes.

Conférence de Barbara Mintzes

Texte de la conférence – débat donnée le 17 janvier 2008 par Barbara MINTZES, chercheuse en santé publique à Université de Colombie-Britannique (Canada), et organisée par la revue Prescrire. L'autre conférence a été donnée par la psychiatre Monique Debauche sous le titre « Marché des psychotropes : construction historique d'une dérive »

« Tous bientôt sous “calmants” dès le berceau ?

- Le “façonnage de maladies” est une stratégie marketing simple à mettre en œuvre, mais très efficace.
- Les conditions relatives à la “santé mentale” sont des cibles marketing idéales pour l'élargissement du marché des médicaments psychotropes, et ce dès le plus jeune âge.
- Trois exemples illustrent l'efficacité de la propagande en faveur de la médication dans le domaine de la santé mentale ces dernières années, en particulier aux États-Unis : le syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention, la dépression, les troubles bipolaires.

La médication dans le domaine de la santé mentale a tendance à s'accroître au niveau planétaire, aux dépens des autres approches, avec des conséquences sanitaires et sociales non négligeables.

En décembre 2007, une nouvelle campagne publicitaire relative aux troubles psychiatriques est parue à New York. Des demandes de rançons figuraient sur de grandes pancartes dans toute la ville. Le message était clair : « sans suivi médical et traitement, votre enfant sera un “otage” de sa maladie psychiatrique ». Une de ces pancartes proclamait que 12 millions d'enfants sont des otages de maladies psychiatriques. Ce chiffre représente environ 20 % des 60 millions d'enfants américains, faisant croire à un problème très largement répandu.

Cette campagne publicitaire était menée par le Centre de recherche sur les enfants (Child Study Centre) de l'Université de New York. Le directeur de ce centre, le Dr Harold Koplewicz, parlait « d'une épidémie silencieuse de troubles psychiatriques chez l'enfant ». Le financement de cette campagne n'était mentionné ni sur les pancartes, ni dans les articles médiatiques, ni sur le site internet du centre, mais le Dr Koplewicz a été consultant pour Eli Lilly et a mené des recherches financées par GSK et d'autres firmes

pharmaceutiques qui produisent des médicaments psychotropes. Les messages véhiculés par cette campagne renforcent l'idée de maladies sévères et sont extrêmement inquiétants. Ils suggèrent qu'une solution simple et abordable existe pour peu que la prise de conscience du problème soit générale : des moyens doivent être investis dans la recherche de traitements. L'idée que ces traitements puissent être inefficaces, mal évalués, ou même nocifs est complètement absente.

“Façonnage de maladies” : une stratégie marketing efficace

Cette campagne présente de nombreux éléments que le journaliste australien **Ray Moynihan** appelle le “**façonnage de maladies**” (“**disease-mongering**” en anglais), défini comme « des stratégies commerciales qui visent à élargir la définition d'une maladie traitable, pour augmenter la quantité de traitements vendus ou distribués » (1). Dans ce contexte, nommer une condition médicale de manière à ce que son “nom de marque” permette d'élargir la définition de la maladie est devenu un enjeu marketing crucial. Dans un article récent de la presse marketing, trois auteurs qui ont travaillé avec plusieurs firmes pharmaceutiques (Johnson & Johnson, Lilly, Novartis, Pfizer, Boehringer-

Ingelheim, GlaxoSmithKline, Schering-Plough et Wyeth expliquent comment créer un “nom de marque” fort pour une condition donnée (2). Par exemple, on peut changer le nom d’une condition médicale pour éviter les impressions négatives ou la stigmatisation. L’impuissance est ainsi devenue “les troubles d’érection” ; la timidité, “la phobie sociale”.

Changer les critères de définition d’une maladie peut permettre d’augmenter le nombre de patients traitables. L’ostéoporose, auparavant définie grâce au critère des fractures osseuses, est désormais définie par des mesures de densité osseuse.

Faire évoluer le cours d’une maladie vers la chronicité est économiquement rentable pour les producteurs de médicaments : traitement des patients à vie, avec des revenus d’autant plus importants que ce traitement commence précocement. Les auteurs mentionnent ainsi la dépression, maladie auparavant considérée comme aiguë, qui est de plus en plus présentée comme une maladie chronique.

Conditions relatives à la “santé mentale” : des cibles idéales

Pour de nombreuses conditions relatives à la “santé mentale”, les frontières entre “vie normale” et “maladie psychiatrique” sont floues. Et la question de l’influence de la stratégie de “façonnage de maladies” dans la définition des “troubles psychiatriques” se pose. Par exemple, en Amérique du Nord, la prévalence reconnue et le traitement médicamenteux de trois de ces conditions, intensément publicisées, ont considérablement augmenté chez l’enfant et l’adolescent des dernières années : le syndrome d’hyperactivité avec déficit de l’attention (“attention deficit hyperactivity disorder” (ADHD) en anglais), la dépression, les troubles bipolaires.

Le syndrome d’hyperactivité avec déficit de l’attention : un marché pour les psychostimulants.

Aux États-Unis, pays où la publicité directe aux consommateurs pour les médicaments de prescription est autorisée, les premières publicités grand public pour des médicaments psychostimulants datent de 2001. Avec ces campagnes, relatives à des médicaments dont les risques d’abus et de dépendances étaient connus (médicaments inscrits sur une liste de substances encadrées “schedule II”), une nouvelle étape avait été franchie en matière de publicité. Un article de *Time Magazine* parlait d’une

“épidémie”, avançant le nombre de 3 millions d’enfants atteints du syndrome (a).

Actuellement, aux États-Unis, c’est souvent l’instituteur qui suggère aux parents d’emmener l’enfant chez le médecin à cause de “troubles du comportement” en classe. L’image d’une publicité avec un petit garçon souriant qui a déjà fait ses devoirs (voir la diapositive n°10) donne l’impression d’un traitement simple et efficace. En fait, peu de données probantes sont disponibles concernant l’efficacité des psychostimulants, surtout à long terme. Le seul essai à moyen terme (3 ans), avec 579 enfants âgés de 7 à 9 ans, ne montre pas de différences entre quatre groupes : méthylphenidate (**Ritaline**®), traitement comportemental sans médicament, les deux traitements combinés, ou ‘usual care’ (suivi clinique régulier sans intervention spécifique) (3). Le produit Adderall XR® (amphétamine et dextroamphétamine) présenté sur cette publicité a été retiré du marché canadien en février 2005, en raison de morts subites, de crises cardiaques et d’accidents cérébraux. Il a été réintroduit en août de la même année avec des avertissements.

Un autre exemple de publicité (voir la diapositive n°11) permet de constater que même si la réglementation américaine oblige à faire figurer de l’information concernant les risques du produit, la taille ou la distance entre les caractères peuvent être adaptés de manière à ce que le lecteur ait tendance à ne pas lire cette section.

La dépression : un marché pour les antidépresseurs.

Cette couverture de la revue *Time* (voir la diapositive n°13) est parue en 2002, en pleine période d’augmentation de l’utilisation des antidépresseurs chez les enfants et surtout chez les adolescents. Cette utilisation était hors indication, mais de plus en plus répandue. Le message médiatique est qu’il faut traiter la dépression, que c’est une maladie psychiatrique sous-traitée, à prendre au sérieux et que, sans traitement, des conséquences graves telles que le suicide peuvent survenir. Dans les revues médicales, le même message était répété, soulignant les conséquences sérieuses de la dépression (suicide notamment), allant jusqu’à les expliquer par des causes biologiques et génétiques.

Dans la majorité des publicités pour les antidépresseurs, on voit l’idée que la cause de la dépression est un déséquilibre chimique, et que l’antidépresseur agit en corrigeant ce déséquilibre. C’est une théorie qui mène le patient vers une

solution médicamenteuse, excluant la psychothérapie ou des solutions sociales. Un article publié dans *PLoS Medicine* a montré le manque de données scientifiques soutenant cette “théorie chimique” (b).

L’utilisation des antidépresseurs dans le monde a beaucoup augmenté pendant la fin des années 90 et le début des années 2000. Au Royaume-Uni, elle a été multipliée par 10 entre 1992 et 2001 (5), aux États-Unis de 4 à 10 fois entre 1992 et 2002 (6), en Italie par 4,5 entre 2000 et 2002 (7).

En 2003, des données d’essais cliniques randomisés non-publiés ont été rendues publiques, démontrant que les antidépresseurs étudiés ne sont pas efficaces chez les enfants et les adolescents et qu’il y a un risque réel d’augmentation de taux de suicide et d’agression (8). Ainsi, alors même que l’utilisation des antidépresseurs augmentait énormément, surtout chez les adolescents, et que les médias alertaient quant à la nécessité de traiter une masse d’adolescents “sous diagnostiqués”, il existait des preuves scientifiques dissimulées, non publiées, qui montraient que les antidépresseurs n’étaient ni efficaces ni anodins.

Cet exemple des antidépresseurs aurait dû amener à une réflexion plus précautionneuse concernant l’utilisation des psychotropes chez l’adolescent et l’enfant... Pourtant c’est contraire qui s’est produit.

Troubles bipolaires : relais du marché des antidépresseurs et marché pour des nouveaux médicaments psychotropes.

Suite aux déboires des antidépresseurs, le message publicitaire devenu de plus en plus répandu était en substance le suivant : « Si vous ne souffrez pas de la dépression, peut-être s’agit-il d’un désordre bipolaire ? ». Et le désordre bipolaire (autrement appelé “dépression maniaque”), qui n’était dépisté que chez les adultes, est devenu une condition qu’on “découvre” chez des enfants, de plus en plus jeunes.

Une émission citait par exemple le chiffre d’un million d’enfants souffrant aux États-Unis d’un désordre bipolaire (9). **Aux États-Unis, en 2003, l’analyse d’une base de données de 39 000 affiliés à une assurance maladie a révélé que 2% des affiliés de moins de 5 ans étaient diagnostiqués comme souffrant de “troubles du comportement” ou de “troubles émotionnels” et que 0,3 % des affiliés de moins de 5 ans avaient reçu un médicament psychotrope** (10).

Comme les articles précédents sur la dépression chez l’adolescent, l’idée véhiculée par les médias est que les troubles bipolaires seraient d’origine biologique et chimique et que les conséquences de non-dépistage et de non-traitement seraient sévères. Un article de *Time Magazine* publié en août 2002 a par exemple décrit la situation d’une mère célibataire avec deux enfants préscolaires, une fille de 2 ans et un fils de 5 ans, diagnostiqués comme souffrant de troubles bipolaires, et tous les deux sous médicaments antipsychotiques.

Les auteurs décrivent des symptômes fort différents et beaucoup plus flous que ceux des troubles bipolaires chez les adultes. Ils expliquent que cette condition touche maintenant les enfants de plus en plus jeunes, et proposent deux théories expliquant que ces troubles se répandent chez les tous petits. La première est qu’il y a des changements environnementaux qui créent de plus en plus de conditions menant à ce désordre. La deuxième est que cette “maladie” a toujours existé, mais qu’elle n’était pas reconnue en tant que telle.

L’hypothèse d’une stratégie de “façonnage de maladie” n’est pas même esquissée. Pourtant les auteurs auraient pu utiliser un indice supplémentaire les menant sur cette voie : l’association pour les enfants et adolescents bipolaires est subventionnée par Abbott, Glaxo-SmithKline et Janssen, trois firmes productrices de médicaments psychotropes.

L’augmentation constatée de la prévalence de désordres bipolaires a fait l’objet d’une **étude de cas par deux chercheurs, David Healy et Joanna Le Noury**, qui en ont conclu à un **exemple particulièrement démonstratif de “façonnage de maladie”**(11). Par exemple, ils ont constaté qu’une notion constante sur les sites web des associations de patients sponsorisées et des laboratoires qui produisent les médicaments psychotropes est la nécessité de surveiller ses émotions. Adultes et enfants sont encouragés à remplir des questionnaires et un journal quotidien. Les auteurs ont aussi analysé que des protagonistes de nombreux livres pour enfants souffrent d’un désordre bipolaire.

Le souci chez les enfants est que les symptômes pour être étiqueté “bipolaire” sont minimalistes. Le dépistage par les parents ou instituteurs, qui décrivent ce qu’ils observent du comportement de l’enfant, peut amener à des diagnostics abusifs, qui peuvent être lourds de conséquences. La tragique histoire de la petite **Rebecca Riley**, emmenée chez le psychiatre par ses parents à deux ans, alors qu’elle parlait

à peine, et **décédée à l'âge de 4 ans des effets indésirables** des 3 médicaments qui lui avaient été prescrit pour son désordre bipolaire (Seroquel° (quétiapine), clonidine et Depakote° (acide valproïque)), pose beaucoup de questions.

Conclusion : l'enfance en otage de la publicité pour les médicaments ?

Dans la ville de New York en décembre 2007, l'utilisation d'images de demandes de rançon pour des enfants "otages d'une maladie psychiatrique" a provoqué une réaction négative du public, surtout des parents d'enfants autistes ou souffrant d'autres troubles sérieux. Le centre universitaire qui a lancé cette campagne a été amené à retirer les affiches et pancartes. C'était peut-être que l'image était déplacée : ne devrait-on pas commencer par parler de l'enfance avant tout prise en otage de la publicité pour les médicaments aux États-Unis ?

En poussant à la vente d'un médicament, **les publicités vendent aussi une conception de la vie, de la santé**

mentale et de l'enfance. C'est une conception d'où certaines idées sont absentes : l'éventuelle absence d'efficacité de la plupart des traitements médicamenteux promus, leurs effets indésirables fréquents ou moins fréquents mais sérieux, et surtout l'idée qu'il vaut peut-être mieux d'abord réfléchir sur les causes du malaise pour le soulager durablement. C'est par exemple le **contexte social** de la vie de l'enfant qui aura pu mener à une détresse ou à un comportement mal approprié. C'est une conception d'où est aussi exclue toute discussion concernant des **risques sociaux de la banalisation de la prise de médicaments psychotropes chez l'enfant.**

Une information indépendante et fiable - pour les parents, les professionnels de santé et, à un niveau qu'ils puissent comprendre, pour les enfants - est encore plus nécessaire dans le domaine délicat qu'est la santé mentale. Raison de plus de **maintenir l'interdiction de la publicité directe auprès du public** en Europe, malgré les velléités des firmes soutenues par la Commission européenne...

Notes :

- a) En 2004, les chiffres de prévalence avancés pour le syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention étaient de 3% en Amérique du Nord, contre 0,03 %, soit 100 fois moins en France.
- b) Si les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ont effectivement un effet sur les neurotransmetteurs, cela ne justifie pas l'affirmation que la cause de la dépression est un déficit en sérotonine. Les auteurs de l'article commentent : « un niveau bas de sérotonine ne cause pas la dépression plus qu'un niveau bas d'aspirine cause un mal de tête » (réf. 4).

Références :

1. Moynihan R, Heath I, Henry D "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease-mongering" *BMJ* 2002 ; **324** : 886-891.
2. Angelmar R, Angelmar S, Kane L "Building strong condition brands" *Journal of Medical Marketing* 2007 ; **7** (4) : 341-351.
3. Molina et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006 ; **46** : 1028-40.
4. Lacasse JR, Leo J "Serotonin and depression: a disconnect between the advertisements and the scientific literature" *PLoS Medicine* 2005 ; **2** (12) : e392.
5. Murray ML, de Vries CS, Wong IC "A drug utilisation study of antidepressants in children and adolescents using the General Practice Research Database", *Archives of Disease in Childhood* 2004 ; **89** :1098-1102.
6. Zito JM, Safer DJ, dosReis S, et al. "Psychotropic practice; a ten year perspective" *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003 ; **157** : 17-25.
7. Clavenna A, Bonati M, Rossi E, De Rosa M, "Increase in non-evidence based use of antidepressants in children is cause for concern" *BMJ* 2004 ; **328** : 711.
8. Garland EJ "Facing the evidence: antidepressant treatment in children and adolescents" *CMAJ* 2004, Feb 17 ; **170** (4) :489-91.
9. Site internet : <http://www.cbsnews.com/stories/2007/09/28/60minutes/main3308525.shtml>
10. DeBar et al. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003 ; **157** :150-157.
11. Healy D et Le Noury J *Int J Risk & Safety in Medicine* 2007 ; **19** : 209-221.

Elena Pasca

<http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/05/19/psychotropes-des-le-berceau-le-faconnage-de-maladies-disease.html>

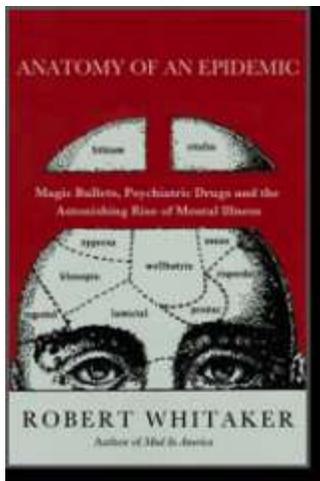
05.05.2011**"Antidépresseurs: l'overdose" (marchandisation de la dépression ; effets secondaires des antidépresseurs)****Elena Pasca**, philosophe et vice-présidente de la [Fondation Sciences Citoyennes](#) et animatrice du blogue [Pharmacritique](#).

J'ai répondu avec plaisir à l'invitation de la revue *Alternative Santé* d'écrire sur les antidépresseurs. Après un article paru dans le numéro de mars 2011 sous le titre "Violence sur autrui : 31 médicaments en cause" (p. 17), qui reprend quelques informations données dans [cette note](#), j'en ai fait un plus détaillé et plus spécifique, paru dans le numéro de mai sous le titre (donné par la rédaction) "**Antidépresseurs : l'overdose**" (pp. 18-21).

Il est toujours délicat d'aborder toute une classe de médicaments dans un seul article, même long, parce qu'il y a beaucoup de différences entre les divers types d'antidépresseurs (tricycliques, ISRS, ISRSN...) et donc entre leurs effets secondaires : différence de nature, de gravité, de fréquence... Cela reste un article de vulgarisation, car je ne suis pas une professionnelle de santé et n'ai aucune prétention de *production* d'information médicale. J'essaie d'être un passeur d'informations, tout en donnant beaucoup de références de livres et d'articles indispensables, pour que les lecteurs qui le souhaitent puissent approfondir le sujet.

J'aborde en une première partie la **marchandisation de la dépression**, rappelant quelques-unes des étapes du processus de "production historique" (Monique Debauche, Janet Currie) de cette "épidémie", mentionnant la *disease mongering*, quelques méthodes de marketing et de désinformation et quelques biais qui rendent celle-ci possible. Dans la deuxième partie, il est question d'abord de la faiblesse scientifique de l'argumentation

de l'industrie pharmaceutique : **l'absence de preuves fiables** quant à l'utilité, à l'efficacité et au bénéfice clinique des antidépresseurs (sauf dans les dépressions "graves") ; l'absence de preuves scientifiques fiables pour démontrer l'hypothèse théorique d'une dépression qui aurait une cause biologique (déséquilibre des neurotransmetteurs, en particulier de la sérotonine). Puis j'essaie d'évoquer les effets secondaires les plus graves (d'autres étant détaillés dans un encadré), avec les précautions de rigueur.



Il ne s'agit pas de diaboliser ces médicaments, ni de les rejeter en bloc ou de proposer autre chose à la place. Il s'agit simplement de rappeler certaines failles dans la genèse des informations actuelles et le rôle du marketing et des conflits d'intérêts dans ce qui nous est présenté comme de la science, et ce afin d'exiger un usage rationnel de ces médicaments. Car au vu de tous les facteurs fort empiriques qui concourent à l'avènement de cette "épidémie artificielle" de dépression, parfaitement décrite par Robert Whitaker dans un livre choc, au vu de l'efficacité limitée aux dépressions graves, au vu d'effets indésirables bien documentés, eux, on peut se demander pourquoi les médecins nous font courir autant de risques. Je parle de la prescription massive d'antidépresseurs chez des personnes présentant de vagues "troubles" - dont la liste s'allonge d'année en année avec le concours du DSM -, de même que chez des personnes ayant des vagues à l'âme ou une souffrance psychique d'origine diverse. Une médicalisation à outrance de tous les aspects de la vie, la psychologisation qui

de pair avec l'individualisme, un standard de "normalité" artificielle et la redéfinition de la "santé" (qui englobe désormais un vague "bien-être complet" des individus) entretiennent le "mythe de la cure chimique" (Joanna Moncrieff) censée gommer les aspérités de la subjectivité et les souffrances d'individus aux prises avec des phénomènes socio-économiques systémiques sur lesquels ils n'ont aucune prise.

La question qui s'impose : "A quand un usage rationnel des antidépresseurs et une évaluation méthodologiquement fiable et dénuée de biais et de conflits d'intérêts ?"

Le livre de **Robert Whitaker** s'intitule *Anatomy of an Epidemic. Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness*, Random House 2009.

Pour un complément de lecture sur Pharmacritique, je renvoie aux articles réunis sous les multiples catégories ayant trait à la psychiatrie, à la dépression et aux effets secondaires de certains médicaments, aux méthodes marketing... et en particulier aux articles accessibles à partir de ces pages : « Dépression, antidépresseurs », « Conflits d'intérêts en psychiatrie ; DSM », "Disease mongering, façonnage de maladies », « Normalité, contrôle social, culture psy », « Médicalisation de la vie, surmédication ».

A propos d'*Alternative Santé*, je voudrais signaler un très bon article de **Michel de Lorgénil**, paru dans le numéro de mars sous le titre « Cholestérol, statines et cerveau ».

<http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/depression-antidépresseurs/>

-30-

29.08.2008

"En finir avec l'abus de psychotropes" : appel à un usage raisonnable et à la limitation de l'emprise pharmaceutique

Elena Pasca, philosophe et vice-présidente de la [Fondation Sciences Citoyennes](#) et animatrice du blogue [Pharmacritique](#).



Il s'agit d'un appel lancé par 15 médecins, qui constitue le point de départ d'un dossier paru le 24 août dans le *Journal du Dimanche*. On y apprend que 130.000 hospitalisations par an sont dues à la prise de médicaments, et que les psychotropes y sont pour beaucoup. Cet appel dénonce la fausse route d'une société qui traite ses maladies culturelles et socioéconomiques par des tranquillisants, antidépresseurs, stimulants, hypnotiques... Il met aussi en cause la toute-puissance des laboratoires pharmaceutiques, mise en pratique avec la complicité de la plupart des médecins dont la formation est centrée sur l'usage des médicaments - et qui sont aussi l'objet de toutes les "attentions" des firmes.

Photo : [Crystalinks](#)

Un bémol et des réserves à formuler d'emblée contre la médecine spectacle

Il ne faudrait quand même pas perdre de vue les retombées médiatiques pour les 15 signataires de cet appel. Surtout lorsqu'un psychiatre tel David Servan-Schreiber fait partie des initiateurs et que le tout paraît dans *Psychologies Magazine*... D. Servan-Schreiber est un représentant de ce qu'il faut appeler « **médecine spectacle** », à coups d'oméga 3, de mouvements de balanciers, de fraises contre le cancer... Et *Psychologies Magazine* contribue à la vulgarisation et à l'enracinement de cette culture psy qui mène trop souvent à la prescription de psychotropes, comme nous le verrons par la suite.

Il faut distinguer entre une thématique légitime et la façon de l'aborder, qui peut inclure des biais. Par ailleurs, la manière même de formuler et de lister les symptômes de la dépression dans ce dossier relève du disease mongering ou façonnage de maladies... A part les tendances suicidaires, tous les symptômes sont très vagues et ne définissent pas une dépression, mais des états passagers tout à fait compréhensibles chez tout un chacun, en fonction des aléas de la vie... Et puis il faudrait voir quels sont les liens financiers des médecins qui ont mis en place la campagne de l'INPES, citée dans le dossier, et si elle n'est pas un moyen de relancer la consommation de psychotropes sous prétexte d'une épidémie de dépressions non diagnostiquées...

Il n'empêche que la dénonciation des abus d'antidépresseurs et autres psychotropes est légitime et qu'il faut en parler, tout en gardant son esprit critique en éveil.

Des psychotropes pour tout le monde veut dire des risques déraisonnables

L'article central du dossier précise : « En janvier dernier, lors d'un débat organisé par la revue **Prescrire**, des psychiatres, psychologues et chercheurs se sont inquiétés de "la logique marchande" des firmes pharmaceutiques. Un pharmacologue, **Gilles Mignot**, avait constaté "la panne de l'innovation" et l'absence de "progrès thérapeutiques au cours des cinq dernières années dans le domaine des médicaments psychotropes". Parmi les médicaments qui "n'apportent rien de positif pour les patients", il avait cité des antidépresseurs augmentant le taux de suicide chez les jeunes et des neuroleptiques entraînant une surmortalité d'origine cardio-vasculaire chez les personnes âgées ».

« Les psychotropes, un symptôme culturel »

Dans un entretien contenu dans le même dossier, Boris Cyrulnik rappelle le fait que, en dehors des malades qui sont vraiment aidés par les psychotropes, une grande partie des consommateurs de ces médicaments les prennent pour faire face à ces « angoisses existentielles auxquelles personne n'échappe » et que notre société ne sait plus résoudre. Elle les aggrave même, par les habitudes de vie et de travail qu'elle impose, et parce qu'elle casse la « solidarité affective », isolant les individus et les laissant sans filet de sécurité. Mettre l'accent sur la « tranquillisation chimique », en oubliant « la tranquillisation verbale, relationnelle », c'est-à-dire la résolution et la « résilience » de la souffrance à l'aide des réseaux de sociabilité, prouve que « la prescription abusive de psychotropes est un témoin de notre défaillance culturelle ».

Les psychotropes, un symptôme de la maladie économique néolibérale

Cyrulnik le laisse entendre, dans le sillage de bien d'autres critiques, qui ont formulé les choses de façon plus explicite. Cette surmédicalisation des états d'âme qui mène à la surconsommation de psychotropes est une stratégie économique, qui découle de l'individualisme néolibéral avec son impératif de performance, tout comme de la rentabilisation du « capital » humain au moyen de la réduction des coûts : « les arrêts de travail [coûtent] plus cher que la prescription [d'antidépresseurs et de tranquillisants] ». Une consultation chez le

généraliste - les omnipraticiens étant les plus grands prescripteurs d'antidépresseurs, tranquillisants et somnifères - coûte aussi beaucoup moins cher qu'une psychothérapie...

Le témoignage d'un généraliste du Pas-de-Calais nous montre comment notre société tente de noyer les inégalités sociales, la précarité économique, la pauvreté et l'exclusion sous un diagnostic médical. Illusion et mensonge, écran de fumée qui camoufle les causes structurelles... C'est le propre du néolibéralisme de psychologiser et d'imputer aux individus des choses sur lesquelles ils n'ont aucune prise, en vertu même de la logique qui les dégrade en sujets économiques - au sens d'assujettis -, dont la valeur se quantifie et se mesure en termes d'argent. « Jean-Marc Martin incrimine en premier lieu le contexte économique et social [pour justifier une consommation plus importante de psychotropes]. "Dans cette région, quoi qu'ils fassent, les gens ne parviennent pas à s'imaginer un avenir. Alors ils dépriment." [Une] interne en psychiatrie (...) renchérit: "Nous sommes dans une région défavorisée où il y a une forte consommation d'alcool, qui n'est rien d'autre que l'automédication de la dépression." »

La stratégie économique comprend une autre dimension : le directeur du *Quotidien du médecin généraliste* reconnaît dans une émission de **C dans l'air** ("La France, médaille d'or du stress", contenant pas mal de clichés) que la France paie le prix faible des médicaments (psychotropes compris) par une hausse du volume de la consommation... Comme quoi, les laboratoires pharmaceutiques doivent assurer leurs profits d'une façon ou d'une autre...

La surconsommation de psychotropes, symptôme des conflits d'intérêts en médecine

Un psychiatre évoquait dans la même émission la mainmise de l'industrie pharmaceutique sur la formation médicale continue, qu'elle assure à 98%. Il n'y a pas d'argent public pour former nos médecins, mais la plupart ne veulent pas non plus faire un effort et payer pour leur propre éducation, comme le font d'autres professions. Ils ne veulent pas non plus renoncer aux gratifications de l'industrie, à ces « à-côtés » très confortables dont les usagers ne savent rien. Nous avons abordé ces aspects dans les notes réunies sous la catégorie « Formation médicale continue... par les firmes ».

Avec 23.000 euros par an et par généraliste dépensés par l'industrie pharmaceutique en cadeaux et autres « attentions » et preuves d'« hospitalité » - nom pudique d'une corruption tellement banalisée qu'on ne la saisit même plus comme telle -, on comprend que les firmes pharmaceutiques attendent un retour sur investissement. Et la situation actuelle montre que les stratégies promotionnelles que dénoncent les rapports de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) fonctionnent parfaitement. La plupart des généralistes font ce que les firmes attendent d'eux, ce pourquoi elles les paient.

Ils ne se posent pas trop de questions sur le fait qu'ils sont payés par les contribuables pour une mission de service public et non pour une activité de VRP du pharma commerce (ou d'instruments de contrôle social). Les laboratoires ne manquent d'ailleurs pas de visiteurs médicaux, qu'elles recrutent même parmi les plus hautes sphères de la médecine, comme nous l'avons vu en parlant des leaders d'opinion, payés bien mieux que les généralistes...

Une formation initiale et continue axée sur le médicament

« La surconsommation française est sûrement liée au fonctionnement de notre système de sécurité sociale et à la formation de nos généralistes », dit Cyrulnik. « Pour qu'ils en prescrivent moins, il faudrait leur donner une vraie formation psychologique, ce qui est loin d'être le cas ». C'est ce qui explique probablement certains errements diagnostiques et autres erreurs médicales où des maladies sont mises sur le compte d'un **psychosomatique** réduit à ce qu'en disent les magazines de vulgarisation... « C'est dans la tête » - trop de

malades ont entendu ce refrain au bout de 10 minutes de consultation (par des médecins payés à l'acte, donc pressés).

Un exemple de ce que donne la méconnaissance de ce qui est ou n'est pas un trouble de somatisation

L'un des exemples les plus criants d'erreur due aux préjugés est l'endométriose, avec un retard de diagnostic de 9 ans en moyenne et des souffrances auxquelles un chirurgien spécialisé pourrait mettre fin assez rapidement. Mais c'est plus complexe que cela, puisque, comme nous l'expliquait récemment un « initié », les intervenants dans cette maladie ont un intérêt financier à ce que les malades ne guérissent pas, mais entrent dans un cercle vicieux de psychotropes - traitements hormonaux – chirurgie incomplète – psychotropes, etc.

C'est proprement effrayant de voir des comment une partie de la médecine crée des patients pour les autres spécialités... Pensons aux traitements de dépressions bien souvent iatrogènes, qu'elles soient dues aux médicaments, aux traumatismes psychiques infligés par les médecins refusant d'investiguer (donc de soigner correctement) les maux ou simplement à des années de souffrance non traitée. L'ironie étant que la prise en charge de ces patientes – représentant quand même près de 10% des femmes en âge de se reproduire - finit dans les centres anti-douleur, où on leur propose parfois aussi des... psychotropes.

Misogynie traditionnelle de la médecine et prescription routinière de psychotropes

Il faudrait parler aussi d'une certaine **misogynie des médecins**, héritée du temps où les notables qu'étaient le curé et le médecin s'entendaient parfaitement pour tenir les femmes à leur place d'utérus sur pattes... Combien de fois les médecins n'ont-ils pas justifié les élucubrations anti-féministes des religions? Par exemple sur l'usage du vélo et du pantalon, dangereux pour la santé des femmes. Ou alors sur le fait qu'une femme dont les genoux sont propres ne peut être qu'une prostituée... Si, si, cela a bel et bien été dit par des médecins. Cette misogynie qui perdure de façon irréfléchie, comme tous les préjugés, n'est d'ailleurs pas compensée par la formation psychiatrique ou psychologique que réclame Cyrulnik. Du moins dans la mesure où psychiatrie et psychologie ont recours à la théorie psychanalytique d'origine, clairement anti-féministe. D'ailleurs, ce trait est plus marqué en France que dans d'autres pays occidentaux, à cause de l'influence de Lacan qui voyait des hystériques partout, avec la complicité de leurs "maîtres" que seraient les analystes...

Il faudrait parler en fait d'un mélange de **gynophobie** et de misogynie, manifeste dans beaucoup de phénomènes culturels, mais cela mènerait trop loin. En tout cas, cette misogynie fait que les femmes se voient bien plus souvent dire que « c'est dans la tête » et qu'elles sortent le plus souvent de chez le généraliste avec une prescription de psychotropes... **Janet Currie** aborde cet aspect dans son texte sur la "[Marchandisation de la dépression : la prescription des ISRS aux femmes](#)". Les ISRS sont les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (SSRI en anglais), nom de la classe la plus utilisée d'antidépresseurs (Prozac, Deroxat, Seropram...). Les femmes sont aussi la cible privilégiée de la publicité faite par les firmes pharmaceutiques, et c'est leur vie qu'on médicalise à outrance : la ménopause, les fluctuations hormonales pouvant précéder les règles, l'aspect physique...

La discipline par la « médicalisation infinie »

Cette surmédication est un symptôme socioéconomique aussi en un sens plus spécifique, qui a trait au formatage social, à la tendance à l'abrasion des écarts individuels par rapport à la moyenne socialement valorisée. Formatage qui se fait entre autres au moyen de la médecine.

La « médicalisation infinie » est une dimension de la biopolitique, du biopouvoir que dénonçait **Foucault** : technique de normalisation et de contrôle social, plus acceptable car moins visible que les vieilles stratégies de

quadrillage du social. Mais une analyse plus poussée ne peut que constater que les vieilles techniques comme les nouvelles ont le même objectif : discipliner, uniformiser, forcer l'adaptation la plus complète possible des individus à leurs rôles socioéconomiques et aux infrastructures sociales et culturelles qui en résultent. La création d'une sorte de « psychisme artificiel », d'une moyenne qui gommerait artificiellement les hauts et les bas de l'individualité, n'est qu'une des modalités de cette médicalisation infinie qui transforme la médecine en un parfait outil de discipline et de domination.

Que dame nature nous garde d'un règne qui débriderait la médecine et libérerait toutes ses potentialités techniques des limitations par la déontologie ! L'histoire nous a montré ce que cela peut donner ; et les dégâts seraient bien plus forts de nos jours, parce qu'il n'y a pas que IG Farben pour vouloir sa part de gâteau et payer des médecins pour leur rôle instrumental...

D'autres liens

Vous pouvez (re)lire les notes réunies dans ces pages sous les catégories ayant trait à la dépression et à sa marchandisation ainsi qu'aux conflits d'intérêts en psychiatrie, qui expliquent en bonne partie comment s'exerce cette énorme influence des laboratoires sur la définition des troubles dits « mentaux » et leur traitement. Nous avons aussi consacré beaucoup de notes à la normalisation par la culture psy, aux maladies inventées, à la surmédication ainsi qu'à la psychiatrie dans sa dimension d'instrument du commerce des psychotropes (psychopharmacommerce).

<http://pharmacritique.20minutes-blogs.fr/archive/2008/08/29/en-finir-avec-labus-de-psychotropes-appel-a-un-usage-raison.html>

-30-

Psychomédia

En ligne depuis 15 ans

Des psychopathes responsables des crises financières?

Soumis par [Gestion](#) le 15 janvier 2012

Des psychopathes à la tête des institutions financières sont à blâmer pour la crise financière, argumente un chercheur britannique dans un numéro récent du *Journal of Business Ethics*, rapporte le journaliste financier William D Cohan dans *Bloomberg*. Ce que, commente ce dernier, plusieurs suspectent depuis longtemps.

Les psychopathes constituent le 1% "des personnes qui, peut-être en raison de facteurs physiques liés à une connectivité et une chimie cérébrales anormales", manquent de "conscience, ont peu d'émotions et manifestent une incapacité de quelque sentiment, sympathie ou empathie pour les

autres", indique Clive R. Boddy de l'Université Nottingham Trent. Ces personnes, dit-il, sont "extraordinairement froides, beaucoup plus calculatrices et impitoyables envers les autres que la plupart des gens et donc, une menace pour les entreprises pour lesquelles elles travaillent et pour la société".

Selon sa théorie ("*Corporate Psychopaths Theory of the Global Financial Crisis*"), ces hommes ont largement causé la crise parce que la poursuite de leurs enrichissement et glorification personnels, à l'exclusion de toutes autres considérations, a

conduit à un abandon toute notion de responsabilité sociale des entreprises.

"Ils semblent ne pas être affectés par l'effondrement des entreprises qu'ils ont causé. Ces psychopathes "se présentent avec désinvolture comme non dérangés par le chaos autour d'eux, sans se soucier de ceux qui ont perdu leurs emplois, épargnes et investissements, et comme n'ayant aucuns regrets."

Le chercheur reconnaît que sa théorie est relativement non testée et bénéficierait de la poursuite de recherche sur les personnalités et les aptitudes de raisonnement moral des leaders des

compagnies qui ont eu des ennuis graves lors de la crise financière.

"Quiconque prend des décisions qui affectent un grand nombre de personnes concernant des questions de responsabilité sociale des entreprises ou de déchets toxiques, par exemples, ou concernant des marchés financiers de masse ou des emplois de masse, devrait être examiné pour s'assurer qu'il n'est, à tout le moins, pas psychopathe et au mieux une personne qui se soucie des autres", suggère le chercheur.