

**Les gouvernements ne veulent pas  
d'une population avec un esprit critique.  
Ils veulent des travailleurs obéissants.**

*Du monde juste assez intelligent  
pour faire fonctionner les machines  
et juste assez stupide pour accepter  
passivement leur situation.*

**-George Carlin**



# *Revue de presse critique en santé mentale*

---

## *Avril 2013*

*Articles de journaux et extraits de blogs présentant des points de vue critiques sur  
diverses questions relatives à la santé mentale.*

*Les articles ont été colligés par Robert Théoret.*

Les revues de presse du RRASMQ sont disponibles sur le site Internet au [www.rrasmq.com](http://www.rrasmq.com)

# Contenu de la revue de presse

À qui profitent les psychotropes?.....	3
DSM-5 : la folie des diagnostics en santé mentale .....	10
Combien de maladies mentales peut-on faire entrer dans un seul gène ? .....	12
5 Disorders Share Genetic Risk Factors, Study Finds .....	13
Bipolaire à la mode : Le pouvoir chez les psychiatres .....	15
Psychiatrie - Soigner ou discipliner.....	18
«La psychiatrie est en dérapage incontrôlé» .....	20
Le tourment des «entendeurs de voix» .....	25
Santé mentale : le DSM-5 a-t-il un problème de belles-mères ?.....	28
L'homme selon le DSM, le nouvel ordre psychiatrique .....	30
Le DSM est la bible des psy et des mutuelles !.....	35
The illusions of psychiatry .....	38
Roland Gori : « la psychanalyse n'est pas un guide des mœurs ».....	47
La fabrique des Imposteurs .....	50
Le psychanalyste Roland Gori : « nous sommes incités à tricher pour survivre » .....	51
Roland Gori : « le besoin de considération au travail est un enjeu fondamental de la société qui vient » .....	53
Robert Castel : le retour de l'insécurité sociale.....	56
Un sursaut d'humanité : mon vœu le plus sincère pour 2013 .....	62
Souffrance Psychique et Environnement : Pour une Psychiatrie Alternative .....	64



## À qui profitent les psychotropes?

Créé le 03-02-2012 - Mis à jour le 07-02-2012

<http://bibliobs.nouvelobs.com/en-partenariat-avec-books/20120203.OBS0550/a-qui-profitent-les-psychotropes.html>

Par [Invité de BibliObs](#)

Après avoir lu cet article, vous ne regarderez plus jamais un antidépresseur de la même façon.



Le nombre de personnes traitées pour dépression a triplé au cours des dix années [ayant suivi la mise sur le marché du Prozac, en 1987], et environ 10 % des Américains âgés de plus de 6 ans prennent actuellement des antidépresseurs(1).

La hausse des prescriptions de médicaments soignant les psychoses est encore plus spectaculaire. La nouvelle génération de neuroleptiques tels que le Risperdal, le Zyprexa et le Xeroquel a remplacé les « anti-

cholestérol » en tête des ventes de produits pharmaceutiques aux États-Unis (2).



Que se passe-t-il? La prévalence des maladies mentales est-elle si élevée, et continue-t-elle d'augmenter? Ou bien savons-nous mieux reconnaître et diagnostiquer des troubles qui ont toujours existé? Ne sommes-nous pas simplement en train d'étendre les critères de diagnostic des maladies mentales de telle sorte que presque tout le monde en ait une? Et qu'en est-il des médicaments aujourd'hui à la base des traitements? Sont-ils efficaces?

Telles sont les questions, entre autres, que posent les auteurs de trois livres au propos fracassant : « Antidépresseurs. Le grand mensonge », « Anatomy of an Epidemic » et « Unhinged ». Trois auteurs au parcours différent : Irving Kirsch est psychologue à l'université de Hull, en Grande-Bretagne; Robert Whitaker est journaliste, précédemment auteur d'une histoire du traitement des maladies mentales; Daniel Carlat est psychiatre dans une banlieue de Boston et tient un blog sur son métier. (...) Tous trois sont remarquablement d'accord sur quelques sujets importants et leurs

thèses sont solidement étayées.

### La valse des tranquillisants

D'abord, aucun d'eux ne souscrit à la théorie très répandue selon laquelle la maladie mentale naît d'un déséquilibre chimique dans le cerveau. Comme le raconte Whitaker, cette thèse est apparue peu après l'introduction des psychotropes dans les années 1950.

Le premier fut la chlorpromazine, lancée en 1954 comme un «tranquillisant majeur» et bientôt amplement utilisée dans les hôpitaux psychiatriques pour calmer les patients psychotiques, notamment les personnes atteintes de schizophrénie(6). La chlorpromazine fut suivie l'année suivante par le méprobamate, présenté comme un «tranquillisant mineur» pour traiter l'anxiété des malades en consultations externes. Et, en 1957, l'iproniazide arriva sur le marché comme «stimulant psychique» pour soigner la dépression.

Ainsi, en l'espace de trois petites années, des médicaments étaient devenus disponibles pour traiter les trois principales catégories de troubles psychiques tels qu'on les définissait à l'époque – psychose, anxiété et dépression. La psychiatrie s'en trouva totalement transformée. Ces produits n'avaient pourtant pas été mis au point à l'origine pour traiter les maladies mentales. Ils dérivait de molécules conçues pour soigner des infections, dont on avait découvert seulement à la suite d'heureux hasards qu'elles modifiaient les états psychiques.

### **Une logique particulière**

Au début, personne n'avait la moindre idée de la façon dont elles agissaient. On constatait simplement qu'elles atténuent les symptômes. Au cours de la décennie suivante, les chercheurs découvrirent que ces médicaments, et les psychotropes qui leur ont rapidement succédé, affectent le taux de certaines substances chimiques dans le cerveau.

Avec la découverte que les psychotropes influent sur le taux des neurotransmetteurs, on a vu surgir cette théorie : les maladies mentales sont provoquées par une anomalie dans la concentration de ces substances chimiques à l'intérieur du cerveau – anomalie qui est précisément corrigée par le médicament approprié.

Ainsi, puisque la chlorpromazine s'avérait diminuer le niveau de dopamine dans le cerveau, on en a conclu que les psychoses telles que la schizophrénie sont causées par un excès de dopamine. Ou plus tard, parce que certains antidépresseurs font augmenter le taux d'un autre neurotransmetteur, la sérotonine, on postula que la dépression est due à un déficit de sérotonine.

Ainsi, au lieu de mettre au point un médicament pour traiter une anomalie, on a postulé une anomalie correspondant à un médicament. C'était un grand bond en matière de logique, comme le soulignent les trois auteurs. Il est parfaitement possible que des médicaments agissant sur le taux de neurotransmetteurs puissent soulager des symptômes, même si les neurotransmetteurs en question n'ont rien à voir au départ avec la maladie.

Comme l'écrit Carlat, *«en suivant ce raisonnement, on pourrait dire que la cause de toutes les affections douloureuses est une carence en opiacés, puisque les narcotiques prescrits contre la douleur activent les récepteurs opioïdes dans le cerveau»*. On pourrait aussi expliquer que la fièvre est due à un manque d'aspirine...

### **Effet(s) placebo(s)**

Les médicaments sont-ils efficaces ? Toute théorie mise à part, c'est la question qui importe. Dans son livre concis et tout à fait captivant, Kirsch décrit les recherches qu'il a menées pendant quinze ans pour répondre à cette interrogation à propos des antidépresseurs.

Quand il a commencé ses travaux en 1995, il s'est principalement intéressé aux effets des placebos. Pour les étudier, il a passé en revue avec un collègue trente-huit essais cliniques publiés qui comparaient divers traitements avec des substances neutres, ou confrontaient psychothérapie et absence de soins. La plupart des expériences de ce type durent de six à huit semaines, pendant lesquelles l'état des patients tend à s'améliorer quelque peu, même sans aucun traitement. Mais Kirsch a

découvert que les placebos étaient trois fois plus efficaces que l'absence de traitement. Ce résultat ne l'a pas particulièrement surpris.

Il l'a été, en revanche, de constater que les antidépresseurs n'étaient que très légèrement plus performants que les substances neutres. À en juger par les échelles utilisées pour mesurer la dépression, un placebo était à 75 % aussi efficace qu'une molécule active. Kirsch a alors décidé de répéter son étude en examinant un ensemble de données plus complet et standardisé. (...)

Au total, l'auteur a pu disposer de quarante-deux essais. La plupart étaient négatifs. Surtout, les placebos étaient à 83% aussi efficaces que les médicaments, selon les critères définis par l'échelle de Hamilton (HAM-D), questionnaire mesurant la sévérité des symptômes de la dépression, très utilisé dans le milieu médical. (...) Les résultats étaient quasi identiques pour les six médicaments : tout aussi médiocres. Cependant, dans la mesure où les essais positifs avaient reçu une large publicité, alors que les expériences négatives avaient été dissimulées, l'opinion et la profession en sont venues à croire que ces produits sont extrêmement efficaces.

Kirsch a également été frappé par une autre découverte inattendue. Sa première étude et les travaux d'autres chercheurs avaient révélé que même des traitements non considérés comme des antidépresseurs – l'hormone thyroïdienne de synthèse, les opiacés, les sédatifs, les stimulants et certains remèdes à base de plantes – étaient aussi efficaces qu'eux pour atténuer les symptômes.

*« Quand ils sont administrés en tant qu'antidépresseurs, écrit Kirsch, les médicaments qui font augmenter, baisser, ou n'ont pas d'effet sur la sérotonine soulagent tous de la dépression à peu près au même degré. »*

### **L'importance des effets secondaires**

Ce que tous ces produits « efficaces » avaient en commun ? Le fait de provoquer des effets secondaires dont les patients testés avaient été prévenus. Il est important que les essais cliniques, en particulier ceux concernant des troubles subjectifs comme la dépression, continuent à être menés en double aveugle. Cela empêche le cobaye et ses médecins d'imaginer des améliorations inexistantes, ce qui a plus de chances de se produire s'ils pensent que l'agent administré est une molécule active et non un placebo.

Après avoir découvert que presque tous les médicaments produisant des effets secondaires sont légèrement plus efficaces dans le traitement de la dépression qu'un placebo inerte, Kirsch a émis l'hypothèse que la présence de ces effets permet aux individus de deviner qu'un traitement actif leur est administré, ce qui les rend plus enclins à signaler une amélioration (cette hypothèse est corroborée par des entretiens avec des patients et des médecins).

Les antidépresseurs semblent plus efficaces dans le traitement des dépressions sévères que dans les autres cas, suggère-t-il, parce que les patients atteints de symptômes graves reçoivent généralement des doses plus élevées et ressentent donc davantage d'effets secondaires.

Enquêtant plus avant, Kirsch a ensuite examiné certains essais ayant employé des placebos « actifs » au lieu de placebos inertes. Le premier type de substance produisant des effets secondaires. C'est le cas de l'atropine, médicament qui bloque sélectivement l'action de certaines fibres nerveuses. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un antidépresseur, l'atropine provoque, entre autres, un dessèchement notable de la bouche.

Lors d'essais l'utilisant, aucune différence entre l'antidépresseur et le placebo actif n'a pu être observée. Chacun ressentait des effets, et chacun signalait le même degré d'amélioration.

*« Tout ceci mis bout à bout, écrit Kirsch, nous amène à la conclusion que la différence relativement faible entre médicaments et placebos pourrait ne pas correspondre du tout à un effet médicamenteux. Il s'agirait plutôt d'un effet placebo amélioré, produit par le fait que certains patients ont percé à jour le test en double aveugle, ayant fini par deviner s'ils avaient reçu un médicament ou un placebo. Si tel est le cas, il n'y a strictement aucun effet véritable lié à un antidépresseur. Plutôt que de comparer placebos et médicaments, nous avons comparé des placebos "normaux" avec des placebos "renforcés". »*

### **«Imaginez qu'apparaisse un virus...»**

À la différence de Kirsch, qui perd rarement son calme, Whitaker est scandalisé par ce qu'il considère comme une épidémie iatrogénique (introduite involontairement par les médecins) de dysfonctionnements du cerveau, en particulier celui engendré par l'usage massif des nouveaux antipsychotiques «atypiques» tels que le Zyprexa, qui provoque de sérieux effets secondaires.

Il invite à cette « expérience de pensée express » :

*« Imaginez qu'apparaisse soudain dans notre société un virus faisant dormir les gens douze ou quatorze heures par jour. Ceux qui sont infectés se déplacent un peu plus lentement et semblent détachés émotionnellement. Beaucoup prennent énormément de poids – 10, 20, 30, voire 50 kilos. Souvent, le taux de sucre dans le sang monte en flèche, ainsi que le taux de cholestérol. Nombre d'entre eux – enfants et adolescents ne sont pas épargnés – deviennent diabétiques assez rapidement... Le gouvernement fédéral accorde des centaines de millions de dollars aux scientifiques des meilleures universités pour comprendre comment agit ce virus, et les chercheurs finissent par conclure que, s'il cause un dysfonctionnement aussi général, c'est parce qu'il bloque une multitude de récepteurs de neurotransmetteurs dans le cerveau – dopaminergiques, sérotonergiques, muscariniques, et histaminergiques. Tous ces cheminements neuronaux du cerveau sont compromis. De plus, des études d'imagerie montrent que, sur une période de plusieurs années, le virus rétrécit le cortex cérébral, et ce rétrécissement est lié à un déclin cognitif. La population terrifiée réclame un remède. Aujourd'hui, une telle maladie a dans la réalité touché des millions d'enfants et d'adultes américains. J'ai simplement décrit les effets de l'antipsychotique du laboratoire Eli Lilly le plus vendu, le Zyprexa. »*

### **Psychiatres et labos: la sainte alliance**

La psychiatrie devenant une spécialité faisant un usage intensif des médicaments, l'industrie pharmaceutique fut prompte à voir l'avantage qu'elle aurait à conclure une alliance avec la profession.

Les laboratoires commencèrent à prodiguer attentions et largesses aux psychiatres, tant individuellement que collectivement. Ils couvrirent les praticiens de cadeaux et d'échantillons gratuits, les recrutèrent comme consultants et porte-parole, les invitèrent au restaurant, financèrent leur participation à des congrès et leur fournirent du matériel «pédagogique».

Quand le Minnesota et le Vermont appliquèrent les *Sunshine laws* [lois relatives à la transparence des documents administratifs], qui obligeaient les labos à signaler les sommes qu'ils versaient aux médecins, on s'aperçut que les psychiatres percevaient plus d'argent que les autres spécialistes. L'industrie pharmaceutique sponsorise également les congrès de l'APA et autres rencontres professionnelles. Environ un cinquième du financement de l'APA provient aujourd'hui des laboratoires.

Ces derniers sont particulièrement soucieux de s'attirer les faveurs des psychiatres enseignant dans les grands centres universitaires. Appelés «leaders d'opinion clés» (KOL) par l'industrie, il s'agit de personnes qui, à travers leurs écrits et leur enseignement, pèsent sur la manière dont les maladies mentales seront diagnostiquées et traitées.

Ces « leaders » publient aussi l'essentiel des recherches cliniques sur les médicaments et décident en grande partie du contenu du DSM. En un sens, ils constituent la meilleure force de vente dont puisse disposer l'industrie, et valent qu'on ne lésine pas à leur égard. Sur les 170 contributeurs de la version actuelle du DSM, presque tous peuvent être décrits comme des KOL; 95 d'entre eux entretenaient des liens financiers avec des labos, notamment tous les contributeurs des sections consacrées aux troubles de l'humeur et à la schizophrénie.

L'industrie pharmaceutique soutient bien d'autres spécialistes et associations professionnelles, mais Carlat demande pourquoi *«les psychiatres arrivent systématiquement en tête des spécialités quand il s'agit de soutirer de l'argent aux labos»*. Sa réponse: *«Nos diagnostics sont subjectifs et extensibles, et nous avons peu de motifs rationnels de choisir un traitement plutôt qu'un autre.»*

À la différence des maladies relevant de la plupart des autres branches de la médecine, il n'existe pas de signes objectifs ou de tests permettant de reconnaître telle ou telle pathologie mentale – ni données de laboratoire, ni imagerie par résonance magnétique – et les limites entre le normal et l'anormal sont souvent floues. Cela permet l'extension des frontières des diagnostics, voire la création de nouvelles pathologies selon des modalités qui seraient impossibles, disons, dans un domaine comme la cardiologie. Et les labos ont tout intérêt à inciter les psychiatres à agir précisément de cette façon. (...)

### **Le travail du psychiatre**

Comme la plupart des autres psychiatres, Carlat traite ses patients uniquement avec des médicaments, non au moyen de la thérapie par la parole, et il confie très franchement les avantages que cela présente. S'il voit trois patients par heure pour de la psychopharmacologie, a-t-il calculé, il obtient des assureurs environ 180 dollars de l'heure. En comparaison, la «thérapie par la parole» l'obligerait à ne recevoir qu'un seul patient par heure, ce pourquoi les assureurs lui verseraient moins de 100 dollars(12).

Carlat ne pense pas que la psychopharmacologie soit particulièrement compliquée, et encore moins exacte, bien que l'opinion soit incitée à le croire:

*«Les patients considèrent souvent les psychiatres comme des experts en neurotransmetteurs, qui peuvent choisir précisément la bonne prescription pour le déséquilibre chimique en jeu, quel qu'il soit. Cette trop bonne opinion de nos capacités a été encouragée par les labos, par nous autres psychiatres, et par l'espoir de guérison bien compréhensible des malades.»*

Son travail consiste à poser aux patients une série de questions sur leurs symptômes pour voir s'ils correspondent à l'un ou l'autre des troubles répertoriés dans le DSM. Cet exercice, écrit-il, donne *«l'illusion que nous comprenons nos malades alors que nous nous bornons à leur accoler des étiquettes(13)»*.

Souvent, les patients satisfont aux critères pour plus d'un diagnostic, parce que les symptômes se recouvrent partiellement. Par exemple, la difficulté de concentration est un critère pour plusieurs troubles. L'un des clients de Carlat s'est retrouvé avec sept diagnostics différents.

*«Nous ciblons des symptômes spécifiques avec les traitements, et ajoutons par-dessus d'autres médicaments pour les effets secondaires.»* Un patient type, dit-il, pourra prendre du Seropram pour la dépression, du Lexomil pour les crises d'angoisse, du [Stilnox](#) pour l'insomnie, du Modiodal pour la fatigue (effet secondaire du Seropram) et du Viagra pour l'impuissance (autre effet secondaire du Seropram).

Quant aux prescriptions elles-mêmes, Carlat écrit qu'*«il n'existe qu'une poignée de catégories génériques de psychotropes»*, à l'intérieur desquelles les médicaments ne sont pas très différents les uns des autres. Il ne croit pas qu'il y ait vraiment matière à choisir entre eux:

*«Nos décisions de prescription sont remarquablement subjectives, voire aléatoires. Votre psy sera peut-être d'humeur à vous prescrire du Seroplex ce matin, parce qu'une accorte visiteuse médicale du labo fabriquant le Seroplex viendra de sortir de son cabinet.»*

Et de conclure:

*«Telle est la psychopharmacologie moderne. Uniquement guidés par les symptômes, nous essayons différents médicaments, sans réelle compréhension de ce que nous tentons de guérir, ni de la façon dont les substances fonctionnent. Je m'étonne en permanence que nous soyons aussi efficaces avec un si grand nombre de patients.»*

Si Carlat pense que les psychotropes sont parfois efficaces, il se fonde pour le dire sur le seul apport de témoignages. Ce qu'il désapprouve, c'est leur sur-utilisation et la *«frénésie de diagnostics psychiatriques»* dont il parle. Pour reprendre ses termes, *«si vous demandez à n'importe quel psychiatre clinicien, moi y compris, si les antidépresseurs sont efficaces chez ses patients, vous entendrez un "oui" dépourvu d'ambiguïté. Nous voyons tout le temps des gens aller mieux.»*

Mais il poursuit en faisant l'hypothèse, comme Irving Kirsch, qu'ils réagissent à l'activation d'un effet placebo. Si les psychotropes n'ont pas toutes les vertus qu'on leur prête – et les données disponibles confirment qu'on peut en douter –, qu'en est-il des diagnostics eux-mêmes? Alors qu'ils sont toujours plus nombreux à chaque nouvelle édition du DSM, que pouvons-nous en tirer?

### **Extension du domaine des troubles mentaux**

En 1999, l'APA commença à travailler à la cinquième révision du DSM, dont la parution est prévue pour 2013. Le comité de rédaction (qui compte maintenant vingt-sept membres) est dirigé par David Kupfer, professeur de psychiatrie à l'université de Pittsburg, assisté de Darrel Regier de l'APA.

Comme pour les éditions antérieures, le comité est conseillé par de nombreux groupes de travail, qui comptent actuellement quelque 140 membres, et correspondent aux principales catégories de diagnostics. Les délibérations et propositions en cours ont d'ores et déjà été largement dévoilées sur le site Web de l'APA et dans les médias, et il apparaît que la constellation des troubles mentaux, déjà très vaste, va encore s'étendre.

En particulier, les limites des diagnostics seront élargies pour inclure les signes avant-coureurs de troubles, tel le «syndrome de risque de psychose» et le «léger déficit cognitif», annonçant peut-être une maladie d'Alzheimer. Le terme «spectre» est

utilisé pour dilater les catégories, par exemple : « spectre des désordres obsessionnels-compulsifs », « troubles du spectre schizophrénique » et « troubles du spectre autistique ».

Et l'on voit apparaître des propositions pour des entrées entièrement nouvelles, telles que « trouble d'hypersexualité », « syndrome des jambes sans repos », « boulimie compulsive(15) ».

Même Allen Frances, qui présida le comité de rédaction du DSM-IV, porte un regard très critique sur la multiplication des diagnostics dans le DSM-5. Dans le numéro du 26 juin 2009 du « Psychiatric Times », il écrivait que l'ouvrage serait « une aubaine pour l'industrie pharmaceutique, mais à un coût très élevé pour les nouveaux patients "faux positifs" qui se trouveront pris dans le filet extrêmement large » de ce nouveau manuel.

### **Marcia Angell**

Médecin, Marcia Angell a fait carrière au célèbre "New England Journal of Medicine", dont elle a quitté la rédaction en chef en 2000. Elle a écrit plusieurs livres sur le système médical américain. L'un d'eux a été traduit en français par le Pr [Philippe Even](#): "La Vérité sur les compagnies pharmaceutiques et comment les contrecarrer" (Éditions Le Mieux-Être, 2005).

**Article paru dans la «New York Review of Books» (23 juin, 14 juillet et 18 août 2011). Traduction de Philippe Babo.**

---

### **Notes**

**1|** En France le chiffre était de 5% en 2003.

**2|** En France, aucun des dix médicaments les plus vendus (en valeur) n'est un psychotrope. Cependant, ils se situent au deuxième rang derrière les antalgiques pour le nombre d'unités vendues (rapport parlementaire sur « le bon usage des médicaments psychotropes », juin 2006).

**3|** Les effets de la chlorpromazine, en particulier sur les psychoses aiguës et chroniques, ont été découverts en France en 1952 dans le service du professeur Jean Delay, à l'hôpital Sainte-Anne (Paris). Pierre Deniker, assistant du professeur Delay, a joué un rôle majeur dans cette découverte.

**4|** C'est le cas aussi en France, mais l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) ne délivre que 20 % environ des AMM. Les 80 % restants sont délivrées par l'Agence

européenne du médicament (EMA), à Londres. Laquelle se fie largement aux autorisations données par la FDA américaine.

**5|** En France, un psychiatre ou un psychothérapeute consacre typiquement une demi-heure à trois quarts d'heure à un patient. La « thérapie par la parole » est en grande partie assurée par des professionnels non médecins et dont les actes ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale et les mutuelles.

**6|** Aux États-Unis, les assureurs remboursent au vu du diagnostic indiqué par le médecin, alors qu'en France le médecin n'indique pas son diagnostic, le remboursement se faisant « à l'acte ».

**7|** À propos du syndrome des jambes sans repos, Wikipédia, dont nombre d'articles sont manipulés par l'industrie pharmaceutique, écrit que cette « maladie [...] touche environ 8,5 % de la population française ».

---



Science / [Le blogue de Valérie Borde](#) »

Publié dans : Santé - 21 janvier 2013

## DSM-5 : la folie des diagnostics en santé mentale

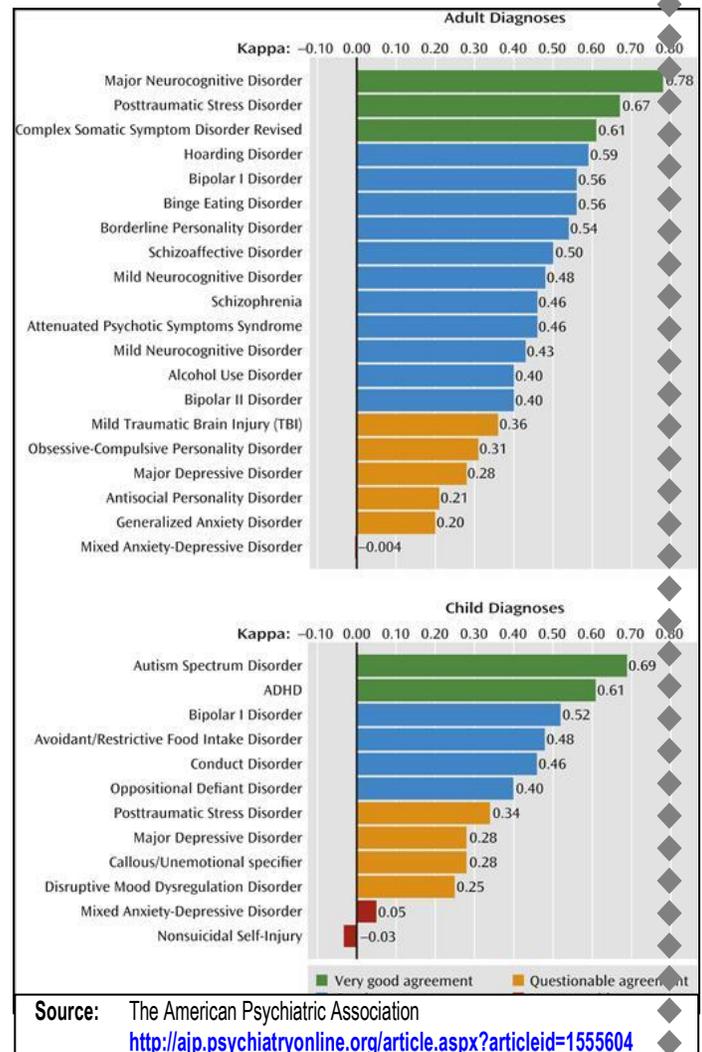
À quelques mois de sa publication officielle, la cinquième édition du Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-5), déjà très controversée, s'enfonce un peu plus dans le chaos avec la publication des résultats du premier test de ce nouveau système de classement des troubles mentaux sensé guider les médecins.

Publiée sous forme d'éditorial dans The American Journal of Psychiatry, cette étude réalisée par certains des principaux auteurs du nouveau manuel consistait à fournir à des groupes de deux cliniciens ayant reçu au préalable toute l'information sur le DSM-5 des cas fictifs qu'ils devaient catégoriser.

Pour évaluer la solidité du manuel, les auteurs ont ensuite regardé les différences de diagnostics posés par chacun des deux médecins, qu'ils ont caractérisées par une valeur statistique, le coefficient kappa, qui reflète l'ampleur de l'accord ou du désaccord entre les deux avis.

Si les deux avis sont toujours en désaccord, le coefficient kappa vaut 0. S'ils sont en accord parfait, il vaut 1.

Pour la plupart des études de ce type, on considère qu'un coefficient supérieur à 0,81 est excellent, fort s'il dépasse 0,61, modéré entre 0,41 et 0,6, faible entre 0,21 et 0,4 et très faible en dessous de 0,2.



En psychiatrie, les diagnostics sont particulièrement délicats, car les médecins peuvent rarement compter sur des mesures physiologiques objectives (contrairement, par exemple, au diagnostic de l'hypertension qui repose en bonne partie sur la mesure de la tension artérielle du malade). Reste que les valeurs kappa obtenues dans le test du DSM-5 sont, pour la plupart des troubles mentaux, particulièrement basses, comme détaillé dans la figure ci-dessus extraite de l'étude. Comme on le voit, le DSM-5 ne permettra pas aux médecins de poser des diagnostics sûrs pour nombre de troubles, y compris pour des problèmes courants comme la dépression grave (kappa de 0,21 chez l'adulte, 0,28 chez l'enfant) ou le trouble d'anxiété généralisée (0,21). Même certains troubles que l'on pourrait penser comme relativement faciles à diagnostiquer peuvent échapper aux médecins qui suivraient strictement le DSM-5, comme l'alcoolisme (kappa de 0,40) ou la boulimie (0,56).

Le trouble mixte anxiodépressif réussit même à obtenir une valeur kappa négative chez l'enfant comme chez l'adulte !!! Autrement dit, si votre médecin vous donne ce diagnostic en se basant sur ce manuel, il y a fort à parier qu'un autre médecin vous en aurait annoncé un autre. Mieux vaut donc en discuter sérieusement avec lui avant de vous lancer dans une longue psychothérapie ou d'avalier des tonnes d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques.

Les auteurs de l'étude qui, rappelons-le, sont aussi ceux du manuel, saluent toutefois les progrès du diagnostic par rapport aux éditions précédentes du DSM. Leur relatif optimisme a toutefois fait bondir quelques critiques qui ont remarqué que d'une édition à l'autre de ce manuel, l'Association américaine de psychiatrie avait redéfini les limites de ce qu'elle considérait comme un diagnostic plus ou moins solide.

Heureusement que rien n'oblige psychiatres et autres médecins à croire aveuglément à cette « bible » pour poser leurs diagnostics...

---

[http://blogues.lapresse.ca/sciences/2013/03/05/combien-de-maladies-mentales-peut-on-faire-entrer-dans-un-seul-gene%C2%A0/?fb\\_action\\_ids=426242807454198&fb\\_action\\_types=og.recommends&fb\\_ref=wp%3Ablogpost%3A56-2480&fb\\_source=other\\_multiline&action\\_object\\_map=%7B%22426242807454198%22%3A343971459038277%7D&action\\_type\\_map=%7B%22426242807454198%22%3A%22og.recommends%22%7D&action\\_ref\\_map=%7B%22426242807454198%22%3A%22wp%3Ablogpost%3A56-2480%22%7D](http://blogues.lapresse.ca/sciences/2013/03/05/combien-de-maladies-mentales-peut-on-faire-entrer-dans-un-seul-gene%C2%A0/?fb_action_ids=426242807454198&fb_action_types=og.recommends&fb_ref=wp%3Ablogpost%3A56-2480&fb_source=other_multiline&action_object_map=%7B%22426242807454198%22%3A343971459038277%7D&action_type_map=%7B%22426242807454198%22%3A%22og.recommends%22%7D&action_ref_map=%7B%22426242807454198%22%3A%22wp%3Ablogpost%3A56-2480%22%7D)



Jean-François Cliche

Ce blogue suit pour vous l'actualité scientifique, la décortique, et initie des échanges à son sujet.

**Mardi 5 mars 2013**

## Combien de maladies mentales peut-on faire entrer dans un seul gène ?

Dans la série il-reste-tant-et-tant-à-découvrir, celle-là est fameuse... L'idée selon laquelle beaucoup de maladies mentales ont des racines génétiques est une évidence banale, mais [une étude](#) publiée dans le dernier numéro de la revue médicale *The Lancet* vient d'y ajouter une autre tournure : une même mutation dans le génome peut mener à plusieurs troubles différents qui, à vue de nez, n'ont rien à voir les uns avec les autres.

Une vaste équipe internationale, le Groupe inter-trouble du Consortium international de génomique psychiatrique, a en effet analysé le génome de plus de 33 000 personnes atteintes de l'un ou l'autre de cinq problèmes mentaux — autisme, trouble bipolaire, hyperactivité, dépression majeure et schizophrénie —, et celui de près de 28 000 sujets qui n'en souffraient pas, à la recherche petites variations génétiques nommées SNP, pour *single nucleotide polymorphism*. Et ce travail (immense, s'il faut le spécifier) leur a permis d'identifier quatre zones où les SNP augmentent les chances d'avoir l'une des cinq maladies mentales étudiées.

Deux de ces quatre régions sont associées au fonctionnement des canaux calciques, qui sont des espèces de portes, sur la membrane des cellules, qui laissent entrer des ions calcium. Selon le type de cellule et le type de canal, ces ions peuvent alors faire se contracter des cellules musculaires ou encore mener à la libération de neurotransmetteurs par des neurones.

Cela ne signifie pas que ces maladies ont des causes simples, avertit cependant [ce compte-rendu](#) du *New York Times*. Des centaines d'autres gènes sont certainement à l'œuvre. On peut aussi penser que des combinaisons gènes-environnement peuvent s'avérer particulièrement nocives ou, au contraire, protectrices. Mais cela demeure apparemment la plus vaste étude du genre à ce jour, et elle confirme la

direction que prennent de plus en plus la recherche en santé mentale — c'est-à-dire de comprendre et classer les problèmes en fonction de leurs causes premières, et non à partir des symptômes.

Ces symptômes, notons-le, furent pendant très longtemps la seule, ou à tout le moins la principale «porte d'entrée» que nous avons sur ce qui se passe dans le cerveau, et il était donc historiquement inévitable que la psychiatrie et la psychologie commencent à se construire là-dessus. Mais causes et symptômes sont deux notions complètement différentes : la toux, par exemple, est un symptôme extrêmement fréquent qui ne se traite évidemment pas de la même façon s'il est provoqué par un virus, une bactérie, un polluant ou une tumeur.

Et il en va de même pour les maladies mentales — ce qui est un sacré problème quand on ne connaît pas les causes du mal. Le lithium, par exemple, est le médicament par excellence pour le trouble bipolaire, mais il y a des patients sur lesquels il ne fonctionne pas du tout, ce qui suggère que la maladie bipolaire pourrait n'être qu'un symptôme commun de deux (ou plus) maladies distinctes.

Démêler tous ces facteurs est un chantier qui s'annonce titanesque, mais l'étude de *The Lancet* représente tout de même un pas significatif dans la bonne direction.

---

## The New York Times

[http://www.nytimes.com/2013/03/01/health/study-finds-genetic-risk-factors-shared-by-5-psychiatric-disorders.html?\\_r=2&](http://www.nytimes.com/2013/03/01/health/study-finds-genetic-risk-factors-shared-by-5-psychiatric-disorders.html?_r=2&)

Published: February 28, 2013

By [GINA KOLATA](#)

### 5 Disorders Share Genetic Risk Factors, Study Finds



Mark Ostow for *The New York Times*

Steven McCarroll, of the Stanley Center for Psychiatric Research at the Broad Institute of Harvard and M.I.T., noted the significance of the study.

The psychiatric illnesses seem very different — [schizophrenia](#), [bipolar disorder](#), [autism](#), [major depression](#) and [attention deficit hyperactivity disorder](#). Yet they share several genetic glitches that can nudge the brain along a path to mental illness, researchers report. Which disease, if any, develops is thought to depend on other genetic or environmental factors.

Their study, [published online Wednesday](#) in the *Lancet*, was based on an examination of genetic data from more than 60,000 people worldwide. Its authors say it is the largest genetic study yet of psychiatric disorders. The findings strengthen an emerging view of mental illness that aims to make diagnoses based on the genetic aberrations underlying diseases instead of on the disease symptoms.

Two of the aberrations discovered in the new study were in genes used in a major signaling system in the brain, giving clues to processes that might go awry and suggestions of how to treat the diseases.

“What we identified here is probably just the tip of an iceberg,” said Dr. Jordan Smoller, lead author of the paper and a professor of psychiatry at Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital. “As these studies grow we expect to find additional genes that might overlap.”

The new study does not mean that the [genetics](#) of psychiatric disorders are simple. Researchers say there seem to be hundreds of genes involved and the gene variations discovered in the new study confer only a small risk of psychiatric disease.

Steven McCarroll, director of genetics for the Stanley Center for Psychiatric Research at the Broad Institute of Harvard and M.I.T., said it was significant that the researchers had found common genetic factors that pointed to a specific signaling system.

“It is very important that these were not just random hits on the dartboard of the genome,” said Dr. McCarroll, who was not involved in the new study.

The work began in 2007 when a large group of researchers began investigating genetic data generated by studies in 19 countries and including 33,332 people with psychiatric illnesses and 27,888 people free of the illnesses for comparison. The researchers studied scans of people’s DNA, looking for variations in any of several million places along the long stretch of genetic material containing three billion DNA letters. The question: Did people with psychiatric illnesses tend to have a distinctive DNA pattern in any of those locations?

Researchers had already seen some clues of overlapping genetic effects in identical [twins](#). One twin might have schizophrenia while the other had bipolar disorder. About six years ago, around the time the new study began, researchers had examined the genes of a few rare families in which psychiatric disorders seemed especially prevalent. They found a few unusual disruptions of chromosomes that were linked to psychiatric illnesses. But what surprised them was that while one person with the aberration might get one disorder, a relative with the same mutation got a different one.

Jonathan Sebat, chief of the Beyster Center for Molecular Genomics of Neuropsychiatric Diseases at the University of California, San Diego, and one of the discoverers of this effect, said that work on these rare genetic aberrations had opened his eyes. “Two different diagnoses can have the same genetic risk factor,” he said.

In fact, the new paper reports, distinguishing psychiatric diseases by their symptoms has long been difficult. Autism, for example, was once called childhood schizophrenia. It was not until the 1970s that autism was distinguished as a separate disorder.

But Dr. Sebat, who did not work on the new study, said that until now it was not clear whether the rare families he and others had studied were an exception or whether they were pointing to a rule about multiple disorders arising from a single genetic glitch.

“No one had systematically looked at the common variations,” in DNA, he said. “We didn’t know if this was particularly true for rare mutations or if it would be true for all genetic risk.” The new study, he said, “shows all genetic risk is of this nature.”

The new study found four DNA regions that conferred a small risk of psychiatric disorders. For two of them, it is not clear what genes are involved or what they do, Dr. Smoller said. The other two, though, involve genes that are part of [calcium](#) channels, which are used when neurons send signals in the brain.

“The calcium channel findings suggest that perhaps — and this is a big if — treatments to affect calcium channel functioning might have effects across a range of disorders,” Dr. Smoller said.

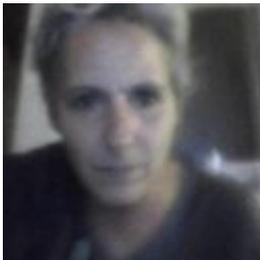
There are drugs on the market that block calcium channels — they are used to treat [high blood pressure](#) — and researchers had already postulated that they might be useful for bipolar disorder even before the current findings.

One investigator, Dr. Roy Perlis of Massachusetts General Hospital, just completed a small study of a calcium channel blocker in 10 people with bipolar disorder and is about to expand it to a large randomized clinical trial. He also wants to study the drug in people with schizophrenia, in light of the new findings. He cautions, though, that people should not rush out to take a calcium channel blocker on their own.

“We need to be sure it is safe and we need to be sure it works,” Dr. Perlis said.

---

## MEDIAPART



<http://blogs.mediapart.fr/blog/samuelle/180213/bipolaire-la-mode-le-pouvoir-chez-les-psychiatres>

### **Bipolaire à la mode : Le pouvoir chez les psychiatres**

18 février 2013 Par [Samuelle](#)

La plupart des psychiatres d'hier, ont fait une psychanalyse "didactique", disait-on à l'époque à la mode du temps. Ils faisaient dans le fond une psychanalyse comme les "autres" (redisait la vieille Dolto qui aimait à casser la baraque) mais voulaient se dédouaner en quelque sorte en parlant de **didactique**. Et en passant, cela tient le client toujours au loin, assigné qu'il est à être seulement là où ILS ne vont pas. En fait ce type d'analyse ne nous concerne pas. Pour la plupart des psychiatres que j'ai rencontrés, la psychanalyse

comptait à des degrés divers. D'aucuns décidèrent encore alors, intéressés, de devenir aussi Psychanalyste, puisqu'ils en passèrent *les épreuves* autrement, **la passe** – nom fort évocateur – en étant le moyen ou la fin. La Passe, Witz inventée par le psychiatre-psychanalyste Jacques Lacan.

La nouvelle génération, peu attirée à par ce qu'ils imaginent être un *pensum* et qui dure trop longtemps, ont préféré les efficaces TCC, Comportementalistes et assimilés. Aux effets plus rapides, disent-ils à leur tour. Soignant plus rapidement qu'on ne l'imagine, les enfants qui sont autistes, les *dressant* finalement. Pavloviens en leur genre, pour qui connaît le seul psychiatre écouté en URSS. Les TCC étant à la scientologie ce que sont les autres "sciences-religions" qui vous apprennent la vie.

La première chose qui m'a frappée chez un psychiatre, le premier, M. Muller de Ste Blandine à Metz, c'est le silence qu'il mettait en place. Il était presque toujours accompagné d'une infirmière, ce qui de l'avis d'une amie n'est pas légal. Je me suis toujours dit que c'était simplement les gardes du corps de ces messieurs mesdames les médecins.

Le premier de toute ma vie, s'appelait ainsi Muller, comme il est normal pour les gens de ma région. Un mystérieux sosie du Docteur Knock. Il entrait dans la chambre qui donnait sur les arbres et ne disait un mot et me regardait. Jamais une question? Non. Moi je n'en avais pas plus que lui. Alors je riais à la vue de ce Knock. Et il a dit au prochain psychiatre "n'a pas voulu coopérer".

Le deuxième est un monstre qui se targue de connaissances psychologiques. Le fameux Docteur Barte. Qui fait des conférences *mixtes* soignants/soignés, comme "de l'importance des souliers que l'on porte". A l'époque je n'en porte pas et j'ai une seule envie, me barrer.

Ce ne sera pas une des seules *witz* de ce drôle, ainsi il me dira que je prends un très bon antidépresseur et c'est un neuroleptique. Ces médicaments camisoles, qui détendent l'esprit au point de le rendre muet, sont mes ennemis et me renvoient forcément à la dépression. Mais ils n'attendent que cela et me laissent sortir **mouton**.

Et ainsi pour tous.

Je me battraï, toujours, même endormie par leurs stupés dont ils sont les meilleurs pourvoyeurs. Ainsi dans le dernier HP où j'étais, tout le monde était au régime Valium, qui aide principalement à traiter ceux qui souffrent de l'alcool et voudraient arrêter de boire. Il est sur la liste des anxiolytiques dangereux. Il en existe d'autres...moins dangereux? Mais là le service de Maison Blanche avait du passer un contrat avec les industriels du Valium.

Je n'ai pas envie de raconter cette longue litanie sur les psychiatres, qui n'épargne que peu de gens. Un pouvoir que l'on ne mesure pas et que je n'excuse pas. Quand le médecin dit...on l'écoute, toujours. Il faut l'enfermer? Pourquoi? Pour la contenir... Elle pourrait faire du mal aux autres? C'est sûre que faisant le mur de ma chambre à y coller des articles qui m'intéressaient et des photos, – la colle étant du dentifrice, comme pour les taulards – je m'ennuyais drôlement pour en arriver là.

Eux n'en savent rien de ce que c'est que d'être enfermé. S'ils en avaient fait l'amère expérience, ça n'enfermerait pas à tour de bras comme c'est encore le cas. Aucun d'entre eux donc n'a, je pense, été

ENFERMÉ. Qu'ils en fassent, je le répète, une expérience. Et tous de rester une journée et une nuit, au moins, dans une chambre d'isolement. Une sorte de service militaire du bon psychiatre. Alors tous comme des skuds qui lancent des bombes effroyables et de loin, ils nous bourrent de ce Valium qui vous ralentit et vous assèche la parole, entre autre? C'est mieux, vous n'avez tout de même pas ainsi la parole trop longtemps. Le verre d'eau c'est en sus.

Sinon, ça sert aussi à apporter de l'eau au moulin du carnet de santé (qu'on ne vous montrera que tronqué, puisque la Loi nous y autorise à présent, mais à le voir entièrement non, puisque nous sommes "trop" sensibles il paraîtrait). Ma psychiatre m'a donné quatre pauvres pages de renseignements, qui ne résument pas mes internements.

Après le même fameux Pr.H.N. Barte, qu'on se le dise et se souviene de ce nom qui devait le gêner aux entournures, un "homme" qui j'espère est à la retraite, j'ai rencontré pas mal d'autres psychiatres. Aussi un de mes amis a eu le malheur de fumer du shit dans l'appart pour handicapé qu'ils lui avaient trouvé. Ils l'ont ramené à l'hôpital et le Professeur Barte a décrété qu'il fallait augmenter la dose d'Aldol (qui est extrêmement mal classé dans l'ordre de la détérioration du cerveau de ceux qui s'en foutent, se croient déjà détériorés). Et les infirmières obtempéraient.

Alors, moultes *Unes* de journaux, dernièrement, autour des bipolaires ma nouvelle appellation contrôlée. Ils sont parait-il nombreux mais attention, ils ne sont *surtout pas psychotique*. Comme me le disait une mère d'un enfant d'autiste sur facebook, qui m'a viré de son espace, puisque j'ai dit que l'autisme était le fin fond de la psychose. "Nos enfants ne sont pas malade mentaux." m'a-t-elle dit. Et aussi, les psychiatres me l'ont affirmé, mes deux "nouveaux" psychiatres en écho, les bipolaires ne sont pas des psychotiques...

Quelle horreur!

Le cercle se resserrait-il?

Ainsi il fut un temps où on parlait la de **psychose maniaco-dépressive parlant des bipolaires**. Allez quand on parle d'un plus grand nombre de gens, au plus grand nombre concerné, on a tout dit faut pas les affoler. Et on va pas les traiter de dingues, ni les pauvres d'enfants autistes, de parents de dingues. Ils en ont bien assez sur dos.

Qu'on s'inquiète plutôt des personnes frappées d'eugénisme qu'on a d'abord circonscrit en Allemagne sous Hitler. Mais avant les Allemands, les Américains, et cela jusqu'au milieu de années 1970, ont **stérilisé les fous. En leur disant par exemple qu'on les opérait de l'appendicite. Une cicatrice donc, qu'ils n'ont pas pu voir** puisqu'elle n'existait pas. Aucun de ces bourreaux médecins psychiatres américains n'ont été jugés. Il y en a qui ne sont pas si vieux que ça.

En plein eugénisme, on n'allait pas s'embarrasser d'enfants qui risquaient de **demander, à leur tour l'aide sociale** qui coutait bien assez chère à la communauté. On a mis les bipolaires (pas encore non-psychotique) et les épileptiques dans le même programme, de mort.

Je ne suis plus psychotique? Soit. Avez-vous jamais rien compris à la psychose, échafaudant des textes incompréhensibles pour le commun?

Ils sont plus forts que la police, que la justice et défient d'une certaine manière même l'Etat. On sait comment en psychiatrie on a utilisé ces médecins pour faire se tenir à carreaux les moindres dissidents, et ailleurs aussi, comme le modèle donné ailleurs.

Ma parole n'a pas de poids, c'est là l'essentiel. La leur se gausse sur tous les plateaux et journaux. Une fois fou, tous ces normaux ont pouvoir sur le fou : la famille, les amis ou les médecins. Tous de guetter les signes.. Et les trouvent.

**Nous sommes totalement sans défense face à "eux"**

Qu'on se le dise. **La psychose, toutes les psychoses, sont des défenses, et aussi contre votre société normative, normale.**(Ouf!)

---

## Le Monde *diplomatique*

[http://www.monde-diplomatique.fr/2013/01/GARCIA\\_FONS/48616](http://www.monde-diplomatique.fr/2013/01/GARCIA_FONS/48616)

### **Psychiatrie - Soigner ou discipliner**

par Tristan Garcia-Fons,  
Janvier 2013

Absorbé par l'actualité et l'emballement du monde, on avait cru pouvoir remiser les mouvements de pensée et d'action qui ont secoué la planète psy des années 1970 au placard de la désuétude. Deux ouvrages récents, *les Ecrits pour l'Anti-Œdipe*, de Félix Guattari (1), et *L'Institution en négation*, de Franco Basaglia (2) — auxquels il faut ajouter l'excellent dossier consacré à ce dernier (comprenant trois textes inédits en français) par la revue *Les Temps modernes* (3) —, viennent bousculer cette appréciation pour le moins hâtive. C'est peu de dire que leur pensée reste d'actualité, même si Basaglia et Guattari, morts prématurément (le premier en 1980 et le second en 1992), n'ont pu connaître les développements du néolibéralisme financier ni ses effets dans le champ psychiatrique.

L'Anti-Œdipe (4), écrit à quatre mains avec Gilles Deleuze, dénonçait le personnalisme et le familialisme d'une psychanalyse trop centrée sur papa-maman, et la confiscation du désir par la machine capitaliste. Les écrits préparatoires de Guattari, agencés par Stéphane Nadaud, rassemblent divers textes — essais théoriques, notes, correspondance avec Deleuze — parfois obscurs, souvent lumineux, qui permettent au lecteur d'entrer dans le processus de création et d'expérimenter le mouvement d'une pensée en acte : celle de l'Anti-Œdipe, qui développait une nouvelle théorie politique du désir, et ne dénonçait le mythe œdipien que pour son impérialisme stérilisant. De nombreux psychanalystes seraient aujourd'hui d'accord pour cesser de « bêler aux pertes du père, du pénis, de l'amour maternel », à rebours de ceux qui s'opposent aux évolutions contemporaines de la parentalité... Avec Guattari, l'analyste est bouté hors du

rôle de notable œdipien, et doit prendre acte des « *machineries sociales* » pour élargir le champ des possibles.

On retrouve l'idée d'un impossible pouvant devenir possible chez Basaglia. La postérité de ce psychiatre italien, nourri de marxisme et de phénoménologie, le désigne souvent à tort comme un acteur de l'antipsychiatrie, alors qu'il s'en est toujours démarqué. Le mouvement qu'il a fondé, *Psichiatria Democratica*, prônait une approche différente, passant par un renversement institutionnel. Davantage homme d'action qu'idéologue, Basaglia s'est attaqué à la logique de ségrégation asilaire touchant les plus pauvres, d'abord à l'hôpital de Gorizia, puis à Trieste. Il s'est battu avec une énergie communicative jusqu'à la promulgation en 1978 de la loi 180, qui a mis fin aux hôpitaux psychiatriques en Italie. Rendre leur dignité de sujet aux personnes hospitalisées et les rétablir dans la société, c'est ce dont on a un aperçu vivant à la lecture de *L'Institution en négation*, qui rassemble aussi divers types de textes, en particulier des entretiens et des retranscriptions de débats avec les patients, dénonçant l'assujettissement des corps au pouvoir normatif et à son langage : « *Je ne dis pas que la maladie mentale n'existe pas, mais que nous produisons une symptomatologie.* » Basaglia défendait « *une utopie dans le réel* » : changer le système social pour construire une citoyenneté et une liberté de choix pour le sujet, là où la psychiatrie fabrique des catégories et identités figées au service du contrôle sécuritaire des populations. Il prônait une réciprocité malade-médecin et une réflexion critique du psychiatre sur sa place dans ce système.

Une même puissance polémique anime Basaglia et Guattari. Ils incitent à l'analyse des modalités actuelles d'aliénation subjective marquées par l'hypernormativité et par l'extension du domaine de la pathologie qui requalifie nos émotions et nos comportements (5). Ce qu'ils transmettent aujourd'hui, alors que l'asile a été externalisé, rejoint les formes de lutte collective en réseau qui réhabilitent la place d'un sujet désirant, acteur politique de nouveaux liens sociaux.

### **Tristan Garcia-Fons**

(1) Félix Guattari, *Écrits pour l'Anti-Œdipe, textes agencés par Stéphane Nadaud, Lignes, Fécamp, 2012, 520 pages.*

(2) Franco Basaglia, *L'Institution en négation, Arkhê, Paris, 2012, 336 pages, 19,90 euros.*

(3) *Les Temps modernes*, no 668, Paris, avril-juin 2012.

(4) Gilles Deleuze et Félix Guattari, *L'Anti-Œdipe. Capitalisme et schizophrénie, Éditions de Minuit, Paris, 1972.*

(5) Lire Gérard Pommier, « [La bible américaine de la santé mentale](#) », *Le Monde diplomatique*, décembre 2011.

<http://bibliobs.nouvelobs.com/en-partenariat-avec-books/20130329.OBS6215/allen-frances-la-psychiatrie-est-en-derapage-inconrole.html>

## «La psychiatrie est en dérapage incontrôlé»

Créé le 29-03-2013

Le «DSM-5», nouveau manuel de psychiatrie destiné à s'imposer aux médecins du monde entier, est une véritable catastrophe selon un orfèvre en la matière. Entretien avec Allen Frances à lire dans «BoOks», en kiosque tout le mois d'avril.



*ALLEN FRANCES est un psychiatre américain. Il a dirigé l'équipe qui a réalisé le DSM-IV, le manuel de psychiatrie encore en vigueur dans le monde développé. Il est professeur émérite à Duke University. (DR)*

### **BoOks : Pourquoi partez-vous en guerre contre le nouveau manuel de la psychiatrie (1)?**

**Allen Frances :** Je ne m'étais plus guère occupé de la question des critères diagnostiques depuis l'époque où je dirigeais l'équipe qui a rédigé le manuel encore en vigueur à ce jour, le «DSM-IV», paru en 1994. J'avais même pris ma retraite de psychiatre. Je vivais au bord de la mer, après m'être longtemps occupé de ma femme, malade. Invité à un cocktail à l'occasion d'une réunion de l'American Psychiatric Association (APA) à San Francisco, j'y ai retrouvé beaucoup d'amis. Ils étaient très excités par la préparation du «DSM-5», agitaient des idées nouvelles.

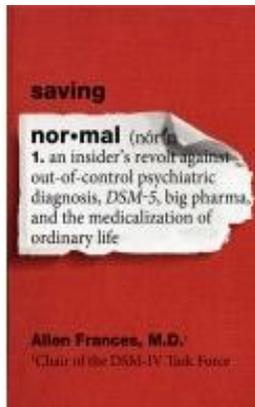
L'un parlait d'une nouvelle possibilité de diagnostic, celle du risque de psychose (schizophrénie). Il serait désormais envisageable de prévoir qu'un jeune deviendra psychotique. J'ai tenté de lui expliquer le danger d'une telle idée: nous n'avons en réalité aucun moyen de prédire vraiment qui deviendra psychotique et il y a fort à parier que huit jeunes sujets ainsi labellisés sur dix ne le deviendront jamais. Le résultat serait une inflation aberrante du diagnostic et des traitements donnés à tort à des sujets jeunes, avec des effets secondaires graves (2).

### **BoOks : Risque de psychose, et quoi encore?**

**Allen Frances :** Un autre psychiatre se passionnait pour le diagnostic d'hyperphagie, ces moments où l'on se jette sur la nourriture en dehors d'un repas. Je me dis: j'ai peut-être bien ça moi-même. Un autre se concentrait sur le «*trouble cognitif mineur*» (on oublie les dates, etc.). Je me dis: j'ai peut-être ça aussi... Un

autre encore parlait du «*dérèglement sévère de l'humeur*» chez l'enfant qui pique des colères. Bref, je constatai une forte propension à vouloir médicaliser tous les problèmes de la vie quotidienne.

Or, l'expérience du «DSM-IV» me l'avait appris: la moindre modification, extension ou abaissement, du seuil d'un diagnostic est une aubaine pour les compagnies pharmaceutiques. J'ai compris qu'il serait irresponsable de ma part de rester à l'écart du débat. D'autant que ma qualité d'ancien responsable du «DSM-IV» me donne du poids et me permet de me faire entendre.



*"Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life"*

« *Sauver le normal: la révolte d'un initié face au diagnostic psychiatrique incontrôlé, au DSM-5, à Big Pharma et à la médicalisation de la vie ordinaire* »,  
par Allen Frances, William Borrow,  
à paraître en mai 2013. (Ed. William Borrow)

#### **Qu'aviez-vous plus précisément retenu de votre expérience du «DSM-IV»?**

Il faut d'abord dire un mot de son prédécesseur, le «DSM-III», publié en 1980. Celui-ci avait marqué un tournant positif, car il établissait pour la première fois une liste de critères diagnostiques sur lesquels les psychiatres pouvaient se mettre d'accord. Jusqu'alors, le diagnostic était resté pour l'essentiel une affaire subjective. Une conversation typique entre psychiatres portait sur les rêves de la nuit précédente et leur interprétation psychanalytique. Avec le «DSM-III», les discussions se sont portées sur le diagnostic.

Le manuel a eu également d'énormes conséquences, tout à fait inattendues. Il a servi de base pour le remboursement des soins et des médicaments, pour la prise en charge de services à la personne, pour la reconnaissance d'une invalidité, et même pour l'obtention d'un permis de conduire, d'un permis de piloter, la reconnaissance du droit d'adopter un enfant, etc. Menée par le fougueux Robert Spitzer, cette révolution a été suivie d'une nouvelle révision du manuel, le «DSM-III-R», qui introduisit encore de nouveaux diagnostics et en transforma d'autres. L'ambition du «DSM-IV» était au contraire de calmer le jeu.

#### **Le «DSM-IV» a-t-il vraiment stoppé l'inflation diagnostique?**

Oui. Nous avons analysé 93 suggestions de changement et n'en avons retenu que trois. Cependant, ces modifications que nous pensions mineures ont eu des conséquences inattendues. Ainsi le trouble bipolaire de type 2, que nous avons introduit, a permis aux entreprises pharmaceutiques, grâce à la publicité télévisée en particulier (les États-Unis sont le seul pays au monde à autoriser les laboratoires à faire de la publicité directe), de doubler le nombre de patients traités pour troubles bipolaires.

De même, nous avons un peu élargi le diagnostic du trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention pour permettre de repérer davantage de filles. Et nous avons eu la surprise de voir les laboratoires s'engouffrer dans la brèche. Le marché des médicaments contre les troubles de l'attention est passé de 15 millions de dollars avant la publication du «DSM-IV» à 7 milliards aujourd'hui...

Dernier point: l'autisme. Constatant que de nombreux enfants ne présentaient qu'une partie des symptômes, nous avons introduit le syndrome d'Asperger. Nous pensions que cela triplerait ou quadruplerait le nombre de cas recensés. En fait, ça l'a multiplié par vingt. Cette inflation est due à un autre phénomène: la possibilité pour les parents de bénéficier de services spécifiques à l'école et ailleurs.

***À propos de l'autisme, les auteurs du «DSM-5» entendent justement supprimer le syndrome d'Asperger. Ils iraient donc dans la bonne voie?***

Mais ils se trompent. En rangeant toutes les formes d'autisme dans une seule catégorie, appelée «spectre de l'autisme», ils pensent rationaliser l'approche diagnostique et jugent que cela n'aura guère d'effet sur le nombre d'enfants diagnostiqués. En réalité, des études indépendantes indiquent que le nombre d'enfants éligibles à un diagnostic d'autisme va beaucoup baisser. Ce serait une bonne chose si c'était pour de bonnes raisons. Malheureusement, les nouveaux critères, définis par une poignée de psychiatres, sont contestables, et l'on doit s'attendre à ce que beaucoup de jeunes malades qui ont besoin d'être pris en charge ne le soient pas ou ne le soient plus.

***Comment expliquez-vous que les auteurs du «DSM-5» aient à nouveau voulu multiplier les innovations?***

Je vois plusieurs raisons. D'abord, une ambition excessive. Ils voulaient créer un changement de paradigme. Ils sont fascinés par les apports possibles de la biologie, alors que la psychiatrie, contrairement aux autres branches de la médecine, ne dispose pas de tests biologiques. Ils sont fascinés par la médecine préventive, au moment même où celle-ci fait marche arrière dans certains domaines, en raison des coûts et des risques associés aux systèmes de détection précoce (du cancer du sein, par exemple).

Ensuite, chaque psychiatre a tendance à pousser sa spécialité ou son sujet de prédilection et à vouloir élargir le filet des patients potentiellement concernés. Enfin, ils ne réfléchissent pas du tout aux conséquences d'une inflation des diagnostics pour la société et les patients eux-mêmes.

***Ils ne réfléchissent pas, ou ils sont influencés par l'industrie?***

Non, leurs liens avec l'industrie sont minimes. Je les connais, la plupart d'entre eux sont des gens bien. Mais ils sont naïfs. Et s'ils n'ont pas de conflits d'intérêts au sens habituel du terme, ils développent souvent un conflit d'intérêts intellectuel. Chacun veut faire davantage valoir ses compétences, ses recherches, ses lubies aussi, chacun veut s'assurer que le système ne laissera pas de malades de côté. La plupart du temps, cela se traduit par une pression pour élargir le champ des diagnostics dans son secteur. Quand je leur dis qu'ils ne réfléchissent pas aux conséquences, ils répondent que ce n'est pas de leur ressort, que ce n'est pas leur responsabilité, que leur responsabilité s'arrête à la science. Mais ce n'est pas vrai.

### ***Peut-on vraiment parler de science?***

Non, à dire vrai. J'ai passé une grande partie de ma vie à évaluer des articles de recherche soumis aux grandes revues de psychiatrie. On ne peut pas dire que l'esprit scientifique saute aux yeux. Les études sont incomplètes, difficiles à interpréter et à généraliser.

### ***Vous les accusez aussi d'avoir hâté les procédures de validation. De quoi s'agit-il?***

En principe, chaque innovation doit être validée par des essais de terrain. Or les essais de terrain ont été très mal conduits et finalement bâclés. Il y a normalement deux étapes, la seconde étant destinée à repenser les critères diagnostiques qui n'ont pas passé la barre de la première étape et à refaire l'étude. Dans la préparation du «DSM-5», la première étape a duré deux fois plus longtemps que prévu. Du coup, la seconde a été purement et simplement annulée, alors même que les essais avaient dans l'ensemble été conduits de manière critiquable.

Pourquoi? Parce que le «DSM» est aussi un énorme business. L'une des surprises créée par le «DSM-III» fut de le voir se vendre à un million d'exemplaires. Le succès du «DSM-IV» a été nettement plus grand, il s'en est encore vendu une centaine de milliers d'exemplaires par an jusqu'à aujourd'hui. L'*American Psychiatric Association*, qui a dépensé 25 millions de dollars pour les essais de terrain du «DSM-5», a besoin de cet argent pour combler son déficit (3).

### ***Quelles sont les conséquences prévisibles du «DSM-5»?***

Les conséquences sont de plusieurs types. D'abord, il faut faire très attention quand on pose un diagnostic, surtout sur un sujet jeune. Parce que, même s'il est faux ou abusif, ce jugement risque de rester attaché à la personne toute sa vie. Le diagnostic va changer à la fois la manière dont l'individu se voit et la manière dont les autres le voient. Or, même si les experts du «DSM-5» peuvent avoir parfois raison dans leur façon de modifier telle ou telle catégorie diagnostique, et si chacun d'eux peut avoir la compétence nécessaire pour l'appliquer de manière pertinente à ses patients, il n'en va pas de même des médecins généralistes qui, aux États-Unis comme en France, prescrivent 80% des psychotropes.

Ils ne sont pas formés à la psychiatrie et sont particulièrement sensibles au marketing des laboratoires. Et pour ces derniers, comme je l'ai dit, toute modification de diagnostic est une aubaine, parce qu'elle permet de proposer de nouveaux médicaments ou de nouveaux usages pour des médicaments anciens. Ce qui accroît le coût pour la collectivité et les risques d'effets secondaires.

### ***Vous dénoncez l'inflation des diagnostics, mais que valent les études statistiques sur la prévalence des maladies mentales?***

Les données épidémiologiques sont structurellement gonflées. Sur le terrain, les enquêteurs ne sont pas en mesure d'évaluer si un symptôme est complètement présent ou non. Si bien que les chiffres intègrent beaucoup de cas non significatifs. Par ailleurs, c'est l'intérêt des grandes institutions publiques de recherche, comme les NIH (*National Institutes of Health*) aux États-Unis, de se référer à des données surévaluées. Cela leur permet de décrocher davantage de crédits. Les compagnies pharmaceutiques, elles,

tirent argument des taux élevés pour dire que beaucoup de malades ne sont pas identifiés et qu'il faut élargir le marché.

***Le «DSM» a moins d'impact en France qu'aux États-Unis, puisque chez nous le remboursement des frais médicaux n'est pas directement lié au diagnostic. Quel est le meilleur système?***

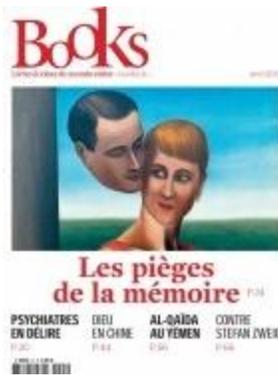
Le système américain est très contraignant, car le psychiatre ou le généraliste est obligé, si le patient veut faire jouer l'assurance, de poser un diagnostic dès la première visite. Une visite qui, chez le généraliste, est de sept minutes en moyenne (4) ! C'est une source d'erreurs, et d'inflation des diagnostics et des dépenses de santé. En France, il n'y a pas d'obligation de faire un diagnostic mais, du coup, de nombreux traitements sont engagés sans examen sérieux, et cela n'empêche pas l'explosion des dépenses de santé.

***Quelles solutions avez-vous en tête?***

D'abord, je crois qu'il faudrait envisager de réformer en profondeur la pratique médicale. Un psychiatre ou un médecin devrait pouvoir attendre plusieurs séances avant de faire un diagnostic. La moitié des gens qui viennent pour un problème relevant de la psychiatrie se rétablissent d'eux-mêmes. Si le problème persiste, il faut recommander une psychothérapie avant de prescrire un médicament.

Par ailleurs, il faudrait conduire des études sérieuses pour mieux identifier les secteurs où il y a surprescription et les malades graves qui au contraire échappent au système de soins (c'est notamment le cas de bien des grands déprimés). Autrement dit, il y a un immense travail à faire pour lutter contre la mauvaise allocation des ressources.

Enfin, je crois que la procédure utilisée pour fixer les critères diagnostiques a fait son temps. Il faut se rendre à l'évidence: l'APA n'est pas qualifiée pour évaluer tout le faisceau de conséquences médicales, économiques et sociales de la redéfinition d'un diagnostic. Il faudrait quelque chose comme une FDA (*Food and Drug Administration*) internationale. Mais la FDA n'est pas non plus à l'abri des critiques. Il est plus facile de blâmer que de construire.



***Propos recueillis par Bernard Granger et Olivier Postel-Vinay***

***Cet entretien est issu du n°42 de "BoOks" qui, avec un dossier consacré aux pièges de la mémoire, est en kiosque tout ce mois d'avril 2013.***

---

1| La parution du DSM-5 est prévue aux États-Unis le 22 mai prochain. La traduction française devrait paraître en 2014.

2| À la suite d'un débat houleux au sein de l'*American Psychiatric Association*, le diagnostic de risque de psychose («*syndrome de psychose atténuée*») a finalement été écarté du «DSM-5» et inclus dans une liste de syndromes «*exigeant des études complémentaires*».

3| Publiée chez Masson, la version française du «DSM-IV» coûte 123 €. L'APA publie aussi un «Mini DSM-IV», dont la version française chez Masson coûte 22 €.

4| Quinze minutes en France.

## leSoleil

<http://www.lapresse.ca/le-soleil/vivre-ici/sante/201301/14/01-4611275-le-tourment-des-entendeurs-de-voix.php>

Publié le 15 janvier 2013 à 05h00 | Mis à jour à 05h00



**PIERRE PELCHAT**

Le Soleil

### Le tourment des «entendeurs de voix»



*La psychoéducatrice Brigitte Soucy (à droite) et la psychologue Myrille Saint-Onge ont rédigé un guide d'animation et de formation de groupes pour aider les personnes qui ont des hallucinations auditives, comme Caroline Thibault (à gauche), à mieux vivre avec les voix.*

PHOTOTHÈQUE LE SOLEIL, STEVE DESCHÊNES

**(Québec) «Ça fait deux ans que je ne me suis pas automutilée ou je n'ai pas fait une tentative de suicide.»** Ces propos de Caroline Thibault, pour le moins saisissants, montrent tout le désarroi de cette mère de famille aux prises avec des hallucinations auditives depuis plusieurs années.

Elle entend ou entendait la voix d'un «bonhomme» comme s'il était à côté d'elle mais qui, en réalité, n'existe pas. Mais n'allez surtout pas lui dire que ce n'est pas vrai.

«Mon médecin me disait que c'était pas vrai mais, pour moi, il était vrai. J'étais capable d'y toucher. Ça a duré plusieurs années. En 2010, j'ai fait un délirium. J'ai été hospitalisée. J'ai dit que j'entendais une voix. Ça a été pire. J'étais coincée, je n'étais plus capable de bouger, de prendre ma médication, de sortir de ma chambre. Je ne m'aimais plus. Je ne me regardais plus. C'était l'enfer», raconte-t-elle au *Soleil*.

Les traitements à l'hôpital et la médication n'ont pas permis de faire disparaître la voix de «son bonhomme» qui, bien souvent, la dénigrait. «Il me disait que j'étais pas fine, que mes enfants allaient mourir. Il m'envoyait dans le garde-robe», dit-elle.

Il y a un peu plus d'un an, les tourments de Caroline se sont estompés tranquillement quand elle a commencé à fréquenter un groupe qu'on appelle «les entendeurs de voix». Il s'agit en quelque sorte d'une thérapie de groupe où des personnes qui ont des hallucinations auditives échangent, une fois par semaine, sur leur problème et les façons d'y remédier.

Depuis quelques années, ce service est offert par l'organisme communautaire Le Pavois de Québec qui s'occupe de personnes avec des problèmes de santé mentale. En 2010, l'organisme s'est vu décerner une mention d'honneur par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour cette initiative.

Bien qu'elle ait des hallucinations auditives, Caroline Thibault n'a pas eu un diagnostic de schizophrénie. La plupart des schizophrènes ont de telles hallucinations. Un des critères pour déterminer si une personne souffre de schizophrénie est son incapacité à fonctionner normalement pendant plusieurs mois.

«On sait depuis longtemps que bien des gens atteints de schizophrénie ou qui ont des troubles dissociatifs avec de multiples personnalités entendent des voix. Mais au cours des dernières années, on a découvert par les recherches d'un psychiatre des Pays-Bas qu'une partie des personnes qui entendent des voix n'ont pas de problèmes psychiatriques», a expliqué Myreille Saint-Onge, psychologue et professeure à l'École de service social de l'Université Laval.

Avec la psychoéducatrice Brigitte Soucy, M<sup>me</sup> Saint-Onge a rédigé un guide d'animation et de formation de groupes pour aider les personnes qui ont des hallucinations auditives à mieux vivre avec les voix.

### **Grande détresse**

Selon la professeure, les gens qui entendent des voix vivent souvent une grande détresse. «Si tu dis que tu entends des voix bizarres, on va dire que tu es bizarre. Donc, on n'en parle pas de peur de se faire enfermer. C'est un sujet tabou», a-t-elle dit.

«Ces personnes sont terrifiées parce qu'elles entendent des voix. Vous vous ramassez dans le coin et vous obéissez. La voix peut dire : "si tu le dis, je te tue". Ça rajoute à la peur que la personne a déjà. Les réunions de groupe amènent à déconstruire cette peur et d'être calme devant les voix», a-t-elle ajouté.

Elle déplore qu'on résume le phénomène des hallucinations auditives à des voix mandatoires ou des ordres de tuer. «La majorité des voix ne sont pas mandatoires. Elles peuvent être prédatrices, conseillères, amicales, injurieuses. On commence à décortiquer les fonctions des voix», a dit M<sup>me</sup> Saint-Onge.

On estime qu'environ 4 % des gens entendent des voix de façon régulière. Les personnes qui entendent des voix moins souvent sont plus nombreuses. «Selon des études, 70 % de ces personnes ont vécu un traumatisme important. Les voix seraient une réaction pour se protéger. Ce serait un mécanisme de défense», a avancé Brigitte Soucy.

## **Un phénomène réel, selon un psychiatre**

Non sans quelques bémols, le psychiatre Marc-André Roy prête foi à la possibilité que des gens aient des hallucinations auditives sans pour autant avoir été diagnostiqués schizophrènes.

«J'ai accueilli ça avec beaucoup de scepticisme. C'est très récemment que je me suis convaincu de la véracité de ce phénomène. C'est un domaine de recherche très sérieux. Il y a un phénomène réel de gens qui entendent des voix», a affirmé le médecin.

Le D<sup>r</sup> Roy est chef de service au programme des troubles psychotiques au centre Robert-Giffard (Institut universitaire en santé mentale de Québec). Il est également professeur à la Faculté de médecine à l'Université Laval et un des directeurs du Centre de recherche de l'Institut.

«Les études récentes que j'ai lues montrent qu'effectivement, on en arrive à la conclusion que ces personnes n'ont pas de schizophrénie après avoir passé des entrevues diagnostiques rigoureuses, mais elles présentent certaines manifestations qui ressemblent à de la schizophrénie», a-t-il nuancé.

Il a souligné qu'un diagnostic de schizophrénie est posé lorsque la personne a un problème de fonctionnement, que la performance au travail est altérée et qu'il y a une souffrance importante pendant une période de six mois.

### **Traumatismes**

Le médecin est d'avis qu'il y a un lien entre des traumatismes et le fait d'entendre des voix comme il y a un lien, selon plusieurs études, entre la psychose et les traumatismes vécus dans l'enfance.

Il est également possible que des gens continuent d'avoir des hallucinations auditives après avoir été traités en psychiatrie. «Même avec les traitements les plus efficaces, il y a des situations où ça va persister. Je comprends que les gens puissent faire le choix de dire que les médicaments, c'est assez et que je vais essayer de travailler psychologiquement. C'est tout à fait légitime comme choix», a dit le psychiatre.

«On pourrait enlever complètement les hallucinations auditives avec un médicament, mais il y aurait tellement d'effets indésirables que les gens aiment autant rester avec un peu d'hallucinations et de vivre. Il y a des choix à faire», a-t-il poursuivi.

Le D<sup>r</sup> Roy n'en reconnaît pas moins l'utilité de la thérapie de groupes au Pavois. «Se retrouver là-bas dans une ambiance agréable, j'ai bien de la misère à être contre ça.»

---



**Jean-François Cliche**

Ce blogue suit pour vous l'actualité scientifique, la décortique, et initie des échanges à son sujet.

**Mercredi 3 avril 2013**

## Santé mentale : le DSM-5 a-t-il un problème de belles-mères ?

La cinquième mouture du manuel de référence par excellence en psychiatrie (au moins en Amérique), le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ou DSM-5 pour les intimes, n'est pas encore publiée qu'elle figure déjà parmi les travaux scientifiques les plus controversés des dernières années. Ce n'est sans doute pas anormal pour un ouvrage qui ratisse aussi large que ce manuel, où sont consignés les critères pour diagnostiquer toutes les maladies mentales, mais pour un livre sensé se baser sur des connaissances scientifiques bien établies (ce qui implique un certain degré de consensus), une contestation aussi soutenue peut finir par être gênante.

La polémique a déjà eu raison d'un grand pan du DSM-5, qui entendait refondre l'actuelle (et clairement déficiente) classification des troubles de la personnalité. La réforme a été complètement abandonnée l'automne dernier. Un autre changement a fait les manchettes ces derniers mois, soit l'idée (a priori saugrenue, avouons-le) de ne plus exclure d'office le deuil de la définition de «dépression majeure». Bien des voix, et non les moindres, se sont élevées pour dénoncer ce qu'elles considèrent être le signe d'une médicalisation abusive d'un phénomène tout à fait normal — réplique du DSM-5 ici. Et c'est sur ce même clou que frappe inlassablement le psychiatre émérite de l'Université Duke Allen Frances, qui avait lui-même dirigé les travaux du DSM-4 il y a une vingtaine d'années.

Dr Frances est sorti de sa retraite et multiplie depuis plusieurs mois les critiques publiques (comme cette excellente entrevue du *Nouvel Obs*) à l'endroit du DSM-5. Il vient aussi de publier un livre dont le titre est on ne peut plus clair — *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. Et il tient un blogue du même acabit sur le site de *Psychology Today* — dont les billets sont également publiés sur le *HuffPost*.

Le chercheur émérite reproche principalement à ses anciens collègues de gonfler sans arrêt le nombre de maladies — et par conséquent, le nombre de malades à traiter/médicamenter — en incluant dans le DSM des problèmes qui n'en sont pas ou, du moins, qui ne relèvent pas de la médecine. Et plusieurs cas qu'il cite sont très éloquentes : par exemple, il y a effectivement quelque chose qui ne tourne pas rond dans la proposition, avancée par certains, de créer un nouveau diagnostic de «risque de psychose», sous prétexte que l'on connaît mieux les

facteurs de risques. L'idée que les données épidémiologiques sur lesquelles s'appuie le DSM sont «structurellement gonflées», comme Dr Frances le dit, est également fort inquiétante.

Mais je ne peux m'empêcher de penser que d'autres aspects de son argumentation sont nettement moins convaincants. Ainsi, le «risque de psychose» a fini par être abandonné, comme il se doit. Et quand on y pense, l'idée d'arrêter d'exclure systématiquement le deuil de la définition de dépression ne signifie pas que l'on considère le deuil comme «anormal», contrairement à ce que plusieurs critiques ont fait valoir. Le raisonnement derrière la proposition était que certaines personnes pouvaient, pour diverses raisons, avoir plus de difficulté à traverser leur deuil, et donc avoir besoin d'aide. Cela ne signifie pas de médicamenter tous les endeuillés ni d'en faire des malades mentaux — de la même façon que la prescription d'antidouleurs après l'extraction d'une dent de sagesse ne veut pas dire que le dentiste voit la douleur comme une chose anormale, bien au contraire.

Bien que Dr Frances réfute explicitement l'influence de Big Pharma pour expliquer l'«inflation diagnostique» du DSM-5, il n'a de cesse de rappeler que tout changement dans la définition des maladies a une incidence sur la quantité de médicaments vendus. C'est la stricte vérité, remarquez, mais cela ne signifie pas qu'une nouvelle définition est mauvaise.

Pour expliquer cette inflation, Dr Frances invoque une «ambition excessive» des responsables du DSM-5, qui seraient obnubilés par l'idée de changer les paradigmes. Ceux-ci se trouveraient aussi dans une position que Dr Frances qualifie de «conflit d'intérêt intellectuel», disait-il au *Nouvel Obs*, où «chacun veut faire davantage valoir ses compétences, ses recherches, ses lubies aussi, chacun veut s'assurer que le système ne laissera pas de malades de côté». Or il me semble qu'à cet égard, Dr Frances a lui-même les deux pieds dans sa propre définition de «conflit d'intérêt intellectuel», puisque les changements proposés dans le DSM-5 consistent par définition, au moins en partie, à revenir sur des décisions qu'il a prises lorsqu'il dirigeait le comité du DSM-4. De ce point de vue, il est à la limite de jouer aux belles-mères, au sens que la politique québécoise a donné à ce terme. Et le fait que Dr Frances soit en désaccord avec le fait que le DSM-5 va supprimer (pas ajouter, enlever) le diagnostic d'Asperger, que le DSM-4 avait introduit, ne fait rien pour dissiper cette impression.

Mais par-dessus tout, il me semble que Dr Frances — comme d'autres critiques du DSM-5 que j'ai lus — se trompe souvent de cible. Ainsi, quand il déclare au *Nouvel Obs* :

«Même si les experts du «DSM-5» peuvent avoir parfois raison dans leur façon de modifier telle ou telle catégorie diagnostique, et si chacun d'eux peut avoir la compétence nécessaire pour l'appliquer de manière pertinente à ses patients, il n'en va pas de même des médecins généralistes qui, aux États-Unis comme en France, prescrivent 80% des psychotropes. Ils ne sont pas formés à la psychiatrie et sont particulièrement sensibles au marketing des laboratoires.»

Quand il déclare cela, donc, il a parfaitement raison. C'est vrai que les généralistes, malgré toutes leurs autres qualités, n'ont pas les connaissances des psychiatres et des psychologues. C'est également une grande vérité, comme Dr Frances le souligne par ailleurs, qu'il faudrait aiguiller infiniment plus souvent les patients vers la psychothérapie, afin qu'ils règlent leurs problèmes pour de bon, au lieu de les abonner (ou les laisser s'abonner) ad vitam æternam aux médicaments, qui ne devraient être que des béquilles temporaires. Ce sont là des vérités que l'on oublie malheureusement trop souvent — et l'auteur de ces lignes, en passant, verraient d'un très bon œil que la RAMQ rembourse les honoraires de psychologues, au moins en partie.

Mais est-ce la faute du DSM si nos systèmes de santé fonctionnent autrement ? Bien sûr que non. Est-ce que les auteurs du DSM devraient modifier leurs définitions et leurs critères sous prétexte qu'ils risquent d'être mal interprétés par des cliniciens ? Dans la mesure où ces critères sont clairs, il me semble que la source du problème est ailleurs. Et il n'est pas innocent non plus que, lorsque le Nouvel Obs lui demande des pistes de solutions, Dr Frances propose de réformer la pratique médicale en général : cela pourrait bien être parce qu'il met sur le compte du DSM des problèmes qui, tout graves et réels soient-ils, ne relèvent pas de lui.

Alors, à votre avis ? Allen Frances mène-t-il une croisade juste, ou sa démarche s'apparente-t-elle plutôt à celle d'un ancien chef de parti politique qui se mêle de la gestion des affaires courantes ?

---

# MEDIAPART

<http://blogs.mediapart.fr/blog/taky-varsoe/171111/lhomme-selon-le-dsm-le-nouvel-ordre-psychiatrique-essai-maurice-corcoc>

## **L'homme selon le DSM, le nouvel ordre psychiatrique**

**Essai de Maurice Corcos**

**17 novembre 2011**

Par [Taky Varsö](#)

### **Présentation**

Dans son livre, Maurice Corcos dénonce la doxa DSM, majoritaire dans la psychiatrie française, et ses conséquences néfastes dans la formation des médecins psychiatres, par suite dans la prise en charge clinique et thérapeutique des sujets psychiatisés. Bien plus, l'auteur établit un rapport entre déshumanisation de la médecine, acquise à la logique du DSM, et nouveau symptôme dans la civilisation: l'oubli généralisé de l'humain au profit de politiques gestionnaire et de contrôle social.

L'emprise de la doxa, diffusée par le DSM (Diagnostic and Statistical Manual), est telle qu'il est devenu impossible de remettre en cause la validité de ses procédures, aussi bien d'interroger ses limites méthodologiques. Méthodes pourtant inaptes à rendre compte de la complexité et de la diversité de l'humain, a fortiori, concernant la psychiatrie, de la « folie ». D'ailleurs que le signifiant « folie » (2) soit aujourd'hui proscrit du discours médical, et peut-être bientôt du vocabulaire juridique, en dit long sur le rejet qui frappe la psychose comme fonctionnement psychique proprement humain. C'est comme si la société occidentale n'acceptait plus l'idée de mystère liée à la psyché, envisagée désormais comme strictement objectivable et réglable. Et qu'importe si, dans toutes les époques et sociétés, la folie comme part incessible de l'humanité est reconnue selon des conceptions diverses qui, toutes, interrogent directement ou indirectement la norme !

Les DSM successifs (de I à IV), grosso modo, c'est du pareil au même, question méthode, de là vient que Maurice Corcos a choisi l'appellation générique de DSM. Les différences entre DSM ne sont pas significatives. Seule vraie différence, la liste des troubles s'allonge toujours plus, de manuel en manuel. Le DSM énonce en guise de nosographie une kyrielle de périphrases. Ces périphrases (truismes à l'appui, comme seul contenu) forment l'armature conceptuelle des descriptions des troubles (de fait répétitives, et interchangeable à quelques éléments près). Leurs maîtres mots sont : trouble, déficit, attention, comportement, communication, acquisition, apprentissage, développement, retard, humeur, facteur, type, personnalité, affection médicale ». Lexèmes motivés par le choix de l'évaluation multiaxiale (traduction : tous azimuts) et dont le sémantisme renvoie plus à la psychologie expérimentale (comportementaliste) qu'à la psychopathologie (étude des troubles mentaux) dont la psychiatrie constitue le traitement.

L'un des nombreux mérites de l'essai de M. Corcos est de pointer l'importance qu'ont les définitions en psychopathologie, tant du point de vue théorique que clinique. Ce sont elles qui conditionnent le diagnostic, et à la suite, les traitements, aussi bien, le style d'accompagnement et de soin choisis et proposés par le psychiatre. Le DSM a émietté la psychopathologie en troubles divers et variés, non dialectisés (le malade est considéré hors histoire et social, et sans fonctionnement inconscient), auxquels la clinique DSM apporte des réponses thérapeutiques parcellaires, supposées objectives. Cas par exemple du traitement de la phobie par les TCC : le sujet est réduit à son trouble, nonobstant l'angoisse par rapport à laquelle la phobie constitue une défense. On soigne la partie de la maladie pour ce tout qu'est le malade, et le tour est joué ! En plus, le mode opératoire thérapeutique (désensibilisation) étant de courte durée, il constitue une solution rapide au moindre coût. Une telle approche peut avoir des conséquences autrement plus graves concernant les sujets psychosés et leur souffrance, mais également concernant les psychiatres chargés de les soigner.

L'homme selon de DSM épingle les impasses à la fois psychiatriques et sociétales auxquelles a conduit la doxa DSM. Pour Maurice Corcos, aujourd'hui les psychiatres ne soignent, ni efficacement, ni dignement, les psychotiques. Ils traitent les malades à coup de questionnaires (chiffrables) évaluatifs et auto-évaluatifs, - réduisent le qualitatif au quantitatif-, et par l'action exclusive des TCC et des médicaments. Le psychiatre, - médecin intéressé à la cause psychique, quand bien même celle-ci aurait un substrat génétique-, trahit son métier en éradiquant de sa pratique la question du sujet et de la subjectivité (du soignant et du soigné). Aujourd'hui, les psychiatres traitent les « psychiatisés » avec ce qui est « déjà là » dans le DSM, cette sorte de Reader's Digest, dit l'auteur. Les critères diagnostiques simplificateurs y relèvent plus du discours idéologique que d'arguments réellement scientifiques. L'idée « d'enveloppe formelle du symptôme » (formule de G. de Clérambault, reprise par Lacan) a fait long feu. Sans doute trop subtile pour la clinique psychiatrique actuelle!

Peut-on encore appeler clinique (soit l'examen direct du malade, sans appareil, ni examen de laboratoire), les prises en charge et prescriptions aujourd'hui proposées par le marché du mental et ses experts, imposées aux soignants comme aux malades sans qu'ils aient, les uns et les autres, leur mot à dire ? Les psychiatres sur le diagnostic : le diagnostic différentiel qui requiert temps et réflexion a disparu de l'abord de la psychose, avec des risques d'erreurs à la clé.

Petite contribution personnelle : les malades ont beaucoup à dire, notamment sur leur traitement. Non pas qu'il faille confondre « médication » (nécessaire mais pas suffisante) et « camisole chimique », plutôt entendre et prendre en compte les souhaits des psychotiques au sujet de la thérapeutique, mais également ce qu'ils ont à

dire sur eux-mêmes et leur vécu. Ils en connaissent un rayon sur la question de la maladie, du fait de leur expérience au long cours. Dans ce domaine, ils auraient beaucoup à apprendre aux psychistes de tous bords (du psychiatre au psychanalyste en passant par le psychologue). Le savoir est aussi du côté de la psychose... Outre qu'on peut être délirant et avoir un pied dans la réalité. Il existe toutes sortes de rationalité consistant à faire un pas de côté, voire un saut par rapport à la norme, à la règle. Cette question renvoie à la problématique du « normal et du pathologique », principes marqués par les idéaux de la société, aujourd'hui clairement inspirés du modèle standard qu'est « l'homme DSM », un homme sans autre qualité que l'adaptabilité.

### **La doxa DSM et ses conséquences**

Le DSM est un manuel de critères diagnostiques, fondé sur des statistiques et des listes de troubles, faciles à traiter grâce à la chimiothérapie et aux TTC. De fait, le DSM est un outil de propagande, mis au service des laboratoires pharmaceutiques et de l'approche hégémonique de la psychiatrie américaine. Outil également politique, il prône la notion néolibérale d'un individu isolé, défini seulement par ses comportements et la façon (plus ou moins déficitaire) dont il perçoit et se représente la réalité. L'emprise doxique du DSM sur le discours commun (médias compris) montre que la culture tend aujourd'hui inéluctablement vers le posthumanisme sans s'interroger plus avant (3).

J'ai retenu l'excellente définition de la doxa donnée par Jacques Dubois dans son billet « le temps des francodoxes » (4). Si elle concerne les institutions de la francophonie, elle me semble tout à fait opérante pour « le nouvel ordre psychiatrique » inféodé au DSM dénoncé par M. Corcos. Le discours DSM est mis au service de l'économisme et du moralisme, nouveaux processus de rationalisation, d'essence néolibérale.

Voici ce qu'écrit J. Dubois : « Hier on disait idéologie. Aujourd'hui on parle de doxa. Dans tous les cas, on désigne par là des discours trompeurs mis au service des instances de pouvoir et s'appuyant sur des argumentaires fallacieux aux fins de légitimer politiques contestables et institutions abusives. Ces discours-là nous envahissent. » La doxa évaluative, quantifiée et déshumanisante du DSM légitime les politiques gestionnaires des services publics dans le champ du mental et du social, la logique à l'œuvre dans le management des soignants et des soignés dans les institutions et la médicalisation technicienne des « corps et des âmes ».

J. Dubois poursuit : « leur rhétorique trompeuse, (. . .) vise à unifier le corps social sur fond d'effets de croyance. Et nous savons mieux à présent que ce qui est discours « doxique » est également discours toxique en ce qu'il altère liberté et sens critique. » C'est précisément ce que met au jour Maurice Corcos, concernant les effets de croyance du DSM et sa toxicité (altérant liberté et sens critique) dans le champ de la santé mentale et de la formation psychiatrique, sur la politique des services publics, et au-delà sur la conception que la culture se fait des citoyens les plus fragiles (« désadaptés », selon le DSM).

Si le DSM est une doxa, et non une science, c'est du fait de l'indigence de sa théorie (la description factuelle et la classification prévalent sur l'analyse), de sa pensée binaire (normal/pathologique, binaire requalifié, en adaptation/inadaptation, et moralisme postmoderne oblige, en bien/mal), de son objectivation des faits au détriment de la réalité subjective (psychique), de son éparpillement nosographique en subdivisions diagnostiques, enfin de son réductionnisme. Du fait également que le DSM se présente comme vérité dans une époque qui valorise via les médias et le développement de la novlangue anglo-américaine les argumentaires simplificateurs, truffés d'acronymes. Leur emploi fait scientifique même s'ils vident les sujets de leur part

d'humaine subjectivité (TOC, TED, TDHA, NSSI). On peut leur préférer les belles formules de G. de Clérambault ou P. Sérieux et J. Capgras, du temps où la psychiatrie française avait encore du style (5). Et comme disait Proust, le style est une question non de technique mais de vision.

Grâce à la logique classificatoire du DSM, la recherche pharmaceutique et les thérapies cognitivo-comportementalistes apportent des réponses adaptées (ciblées). Les labos pharmaceutiques se frottent les mains, les officines neuroscientistes également. Le DSM, les TCC et le « localisationnisme cérébral », ces 3 branches des neurosciences, lancées comme nouveaux produits dès les années 80 sur le marché mental, sont aujourd'hui adoptés à peu près partout, et pas seulement dans l'institution psychiatrique.

Pas besoin de gamberger longtemps pour comprendre que le sujet malade, saucissonné et découpé en rondelles en fonction de ses troubles en quelque sorte additionnés, disparaît derrière eux, et sa souffrance avec. Restent ses désordres ou dysfonctionnements mentaux (cognitifs et neurologiques) et comportementaux (sociaux), facilement identifiables, donc supposés facilement guérissables. L'homme selon le DSM est un individu bio (neuronal)/ psycho (cognitif)/ social (interagissant avec ses congénères). Les désordres de la machinerie humaine sont définis en fonction du binaire normal/pathologique, et celui-ci est construit par rapport à des échelles psychométriques et des questionnaires (QCM), base incontournable de la standardisation du comportement individuel, dont les « normopathes » sont paradigmatiques : « ces patients-là, écrit Maurice Corcos, ne coteront jamais à la nouvelle catégorie reine du DSM : les « troubles de l'adaptation ». Pourtant poursuit-il, « L'hyperadaptation mimétique à laquelle ils consentent, jusqu'au conformisme, masque leur problématique foncière de dépendance, et leur permet de se contenir en se contraignant et en amputant une part essentielle de leur liberté. »

La causalité de la souffrance humaine et des maladies psychiques ne renvoie plus à l'aliénation sociale et à sa violence. De sorte que la société comme entité politique et institutionnelle n'est pas impliquée dans l'aliénation individuelle. Où l'on voit qu'une théorie scientifique peut servir une idéologie politique. Si l'on est atteint de troubles de la pensée et du comportement, c'est que l'on a un déficit d'adaptation par rapport aux idéaux sociaux contemporains. Ce déficit est présenté le plus souvent comme d'origine organogénétique, lié également à l'évolution génétique (néo-darwinisme) et combiné a minima à des facteurs environnementaux. L'inné prime sur l'acquis et l'environnement. On naît fou plus qu'on ne le devient. Jamais il n'est dit que le désespoir, la souffrance et la violence s'acquièrent. Il suffit donc de proposer des méthodes rééducatives, plus des traitements moléculaires, pour que le sujet souffrant et récalcitrant, après autoévaluation (sorte de nouvelle servitude volontaire), s'autorégule, se resocialise, en tenant compte de ses difficultés qu'il est sommé de dépasser grâce à la connaissance de son propre fonctionnement puis à sa maîtrise (empowerment). Si un tel dressage se fait dans la douleur, et grâce au sadisme de soignants aussi omnipotents qu'ignorants, (souvent désemparés, comme le montre Maurice Corcos à propos des internes de son département psychiatrique), c'est pour la bonne cause : une société où les populations à risque sont placées sous contrôle gestionnaire auquel participe le nouvel ordre psychiatrique, lui-même renforcé par la panoplie « psychotechnologique ».

Maurice Corcos nous met en garde. Le traitement de la maladie sans prise en compte du malade comme sujet, n'est que ruine du soin (la médecine n'est plus un art mais a une fonctionnalité essentiellement technique), voire peut mener au pire : « On en revient à une croyance toute religieuse d'une innocence enfantine pour certains et

d'une déviance native à même de se révéler pour d'autres. Terreau d'un racisme social justifiant un capitalisme aussi pragmatique que sauvage. »

**Extrait en forme de conclusion:**

Face à l'oubli de la clinique et de l'humain, (oubli paradigmatique de la culture d'aujourd'hui, et nouveau symptôme dans la civilisation), « face à cette manie classificatoire », développe M. Corcos, qui « semble organiser la psyché de l'homme occidental (...) on peut avoir la nostalgie de l'art de nos maîtres s'exerçant sur la nature humaine. La nostalgie de leur sens clinique, nourri tant de l'expérience que de l'intuition laissée suffisamment libre, et celle de leur absence de parti pris idéologique. On pense plus particulièrement à Henri Ey qui dénonçait « la mythologie de la négation culturaliste ou politico-sociale de la maladie mentale. » Et ci-après : « force est de constater que seule la psychanalyse marque, sans éluder une perspective génétique développementale, un intérêt pour l'histoire transgénérationnelle, socioculturelle et individuelle (pulsionnelle et affective) du sujet. Et que celle-ci, quand elle n'est pas rejetée au profit d'essais thérapeutiques, ouvre à une compréhension profonde du sujet et de son affection. Surtout, si engagé dans la relation soignante, le psychiatre se donne le temps de la rencontre et du dialogue avant que de l'action, c'est-à-dire qu'il se dégage du fantasme médical d'un test clinique ou d'une imagerie qui déterminerait chez l'homme la propension à s'élever plutôt qu'à tomber, à s'adapter plutôt qu'à sombrer, le fantasme d'une hormone ou d'un neuromédiateur généré par son organisme malade qui expliquerait la régression de certains individus particuliers, tandis que d'autres indemnes poursuivraient leur ascension sur la courbe d'évolution propre à une espèce adaptée, forte ou survivante. »

Un ouvrage salutaire en ces temps de consensus doxique (et toxique) sur la médicalisation des individus et de « leurs états d'âme », prônée par les experts du DSM. Maurice Corcos y passe au crible de sa longue expérience de praticien les tenants et aboutissants du triomphe du DSM.

A lire également, la postface de Roger Misès (professeur émérite de pédopsychiatrie à l'université Paris-Sud ; concepteur de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA). « Comment, conclut-il, avons-nous pu accepter que le psychisme humain et l'esprit qu'il génère soient évalués avec un aussi « misérable instrument » ? Comment avons-nous pu croire à ces nouvelles prophéties de la science, sans voir qu'elles sont mises au service du contrôle social ? Comment avons-nous pu tolérer que les praticiens deviennent des comptables au nom de la rentabilité ? Peut-on espérer encore que les psychiatres oseront dénoncer le nouveau « contrat social » qui tend ainsi à les aliéner ? »

**Notes :**

- 1- *Maurice Corcos, professeur de psychiatrie infanto-juvénile, à l'université Paris-Descarte, dirige le département de psychiatrie de l'adolescent et de l'adulte jeune à l'Institut mutualiste Montsouris (Paris). Bibliographie de Maurice Corcos: [www.librairiedialogues.fr/.../maurice-corcos/784673/](http://www.librairiedialogues.fr/.../maurice-corcos/784673/)*
- 2- *Le mot « folie » trop généraliste (universel se conjuguant en destins singuliers et conceptions culturelles diverses) est devenu un mot médicalement, économiquement et moralement incorrect, les experts DSM lui préfèrent des périphrases pseudo-scientifiques : « troubles envahissants du développement, déficit de l'attention et comportement perturbateur, mouvements stéréotypés, modification de la personnalité, plus, type :labile/ désinhibé/ agressif/ apathique/ paranoïaque/ autre type/ type combiné/ type non spécifié .*
- 3- *Post-humanisme - Wikipédiafr. [wikipedia.org/wiki/Post-humanisme](http://wikipedia.org/wiki/Post-humanisme)).*
- 4- *[blogs.mediapart.fr/edition/bookclub/article/.../le-temps-des-francodoxes](http://blogs.mediapart.fr/edition/bookclub/article/.../le-temps-des-francodoxes)*



<http://www.carnetsdesante.fr/>

Février 2012, par Serge Cannasse

## Le DSM est la bible des psy et des mutuelles !

**Corcos Maurice**

*Chef de service du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte de l'Institut mutualiste Montsouris (Paris), le Pr Maurice Corcos vient de publier « L'homme selon le DSM. Le nouvel ordre psychiatrique ». Albin Michel, 2011. 234 pages, 20 euros.*

La psychiatrie tend de plus en plus à être dominée par une approche codée des troubles mentaux, formalisée dans le DSM américain (qui les classe), se voulant scientifique (basée sur les faits) et a-théorique. Pour Maurice Corcos, cela aboutit à remplacer le dogmatisme psychanalytique par celui des stratégies thérapeutiques médicamenteuses et cognitivo-comportementales. Le praticien ne devrait jamais oublier que son patient est un être en devenir qui, malgré ses déterminations biologiques ou environnementales, a souvent les ressources internes pour changer.

**Vous reprochez au DSM d'être « une tentative de captation de l'esprit humain par les sciences mathématiques. »**

C'est ce que dit à sa manière le vice-président du groupe de Travail DSM V, le Docteur D.A Regier, en réponse à une pétition émise par l'American Psychologic Association, qui a recueilli près de 5 000 signatures de soignants en santé mentale, contre les orientations prises pour la 5ème version du DSM, en préparation : « Notre objectif avec le DSM V est (...) de l'affiner pour obtenir une meilleure évaluation (...) comme pour la pression artérielle ou l'estimation du cholestérol ». Établir des constantes est déjà compliqué en médecine somatique. Il suffit de penser aux discussions « économiques » pour établir les normes sur la tension artérielle ou le cholestérol sanguin. Et plus le seuil choisi est bas, plus la clientèle augmente. En psychiatrie, ça devient carrément insupportable. Comment voulez-vous doser une quantité d'angoisse ou d'humeur dépressive ? C'est leur nature qu'il faut d'abord apprécier, c'est-à-dire leur qualité défensive ou régressive, en réponse à des facteurs traumatiques, y compris biologiques. Le DSM est une tentative affirmée de remédicaliser la psychiatrie après les années triomphantes de la psychanalyse.

**Pourtant, vous la qualifiez de légitime.**

Oui, comme toute tentative scientifique qui doit toujours, pour appréhender le vivant, penser-classer, mais à condition de respecter des limites tenant à la nature humaine de ce vivant. Classifier vient après penser et pas l'inverse. L'approche des auteurs du DSM est biologisante et adaptative, c'est leur droit. Mais nous sommes nombreux à faire remarquer qu'elle aboutit quasi systématiquement à une prescription médicamenteuse ou à

une thérapie de remédiation cognitive ou comportementaliste. Contrairement à ce qu'ils affirment, cela signifie qu'ils ne sont pas a-théoriques, avec une vision qui ne serait basée que sur les faits.

Il existe une vulnérabilité biologique dans des pathologies comme les troubles maniaco-dépressifs, la schizophrénie ou l'autisme. Mais elle n'est pas portée par un déterminisme du type « un gène autosomique dominant sans pénétrance variable - un comportement ». Les facteurs épigénétiques, y compris environnementaux émotionnels précoces, sont importants.

La grande majorité des troubles mentaux se situent dans un continuum qui va du « normal » au pathologique. Il n'y a pas de vulnérabilité biologique majeure, mais des états à risques dans des contextes fragilisés. Il ne faut surtout pas les aborder avec une perspective univoque, mais dans leur complexité grâce à une relation de suffisante proximité et non d'investigateur avec les patients.

J'ajoute que le DSM est très marqué par la culture anglo-saxonne, qui oscille entre le puritanisme et la sexualité postmoderne... L'homosexualité est sortie du DSM, l'hyperactivité sexuelle s'y annonce. Le nombre de diagnostics plus ou moins farfelus enfile [dysphorie prémenstruelle, syndrome d'aliénation parentale...] Pourquoi les anglo-saxons devraient-ils décider seuls des « bons » codes transactionnels en matière de mœurs ? Enfin les critères de certaines pathologies (anorexie mentale, hyperactivité, par exemple) ont été modifiés pour permettre aux patients américains d'être remboursés par leurs assurances... Le DSM est la bible des psys et des mutuelles.

#### **Le dogmatisme biologique fait suite au dogmatisme psychanalytique.**

Oui, parce que toute pensée humaine est classificatoire, y compris certaines psychanalyses, et que toute classification favorise le prêt-à-penser. Tout le monde aime aller au plus vite et au plus cadré. N'oublions pas le conseil de Freud : pensez toutes les interprétations que vous voulez, mais gardez les pour vous jusqu'au moment où elles s'accordent ou non avec celle de votre patient qui lui seul peut les accréditer.

J'appelle de mes vœux un retour à l'enseignement de mes maîtres, c'est-à-dire celui de la rencontre avec un patient en souffrance où le praticien s'accorde une certaine proximité humaine avec la folie, sans s'y noyer, bien sûr, mais sans taxer son patient de radicalement différent parce qu'il aurait tel trait biologique ou génétique ou tel facteur statistique de prévalence ou de rechute. La folie a toujours fait peur parce que le désordre effraie. Que fait-on pour les malades mentaux sans abri dans nos rues et nos prisons ? Il y a une évolution vers une neutralisation de la rencontre avec l'autre dont le DSM est le cheval de Troie.

#### **Il faut veiller à ce que le diagnostic soit toujours une hypothèse parce qu'on ne peut pas préjuger du futur d'un patient.**

Il y a évidemment des vulnérabilités biologiques et des traumatismes précoces, durables et violents, qui compromettent gravement le futur de quelqu'un. Mais il existe toujours des facteurs de résilience, plus difficiles à appréhender. L'homme n'a rien de définitif. Dans la clinique adolescente, on ne sait pas au départ si le patient est fragile ou se défend contre une fragilité plus enfouie. Dans ce cas, il faut respecter tout un temps cette défense, pour lui permettre d'éviter un effondrement. Il n'y a que dans les séries télé qu'on peut tout comprendre dès le premier entretien. Il faut le suivre longtemps, voir comment il réagit aux rencontres avec vous. S'il réagit bien,

c'est qu'il est possible de le mobiliser. Sinon, c'est que vous êtes mauvais, ou que vous n'avez pas encore trouvé la bonne clef, ou qu'il est particulièrement défensif. Mais il faudra des mois pour le savoir !

Les malades ont souvent les ressources internes pour comprendre le sens qu'ils donnent à leur maladie. Ça n'arrive pas toujours et ça ne suffit pas toujours. Mais nous sommes des êtres historiques, sociaux et narratifs.

**Vous insistez sur l'intuition du praticien. Est-il possible que le médecin généraliste puisse lui faire confiance alors qu'il est très mal formé à la psychiatrie ?**

Mais ce que j'appelle l'intuition, c'est le bon sens clinique ! Il est irremplaçable. Fixer la pathologie de quelqu'un dès le premier entretien en suivant un code, au moyen d'un hétéro-questionnaire ou d'un autoquestionnaire, comme si cette pathologie n'existait qu'à côté de lui, c'est une erreur monumentale. C'est pourtant ce que favorise le DSM. Comme certains patients d'ailleurs ! qui vous disent par exemple : « J'ai une hyperactivité... je suis bipolaire, qu'est-ce que vous pouvez faire ? »

Tout système de pensée, y compris clinique, se construit et se déconstruit en fonction de la subjectivité, mise à l'épreuve du réel, de celui qui le met en œuvre. Il faut accorder à celle-ci un « crédit de confiance », comme nous le faisons dans la vie de tous les jours. On n'agit pas avec le patient différemment d'avec quelqu'un d'autre : on en fait toujours un objet intérieur à soi, bien différent de l'objet de la réalité extérieure. C'est l'autre qui me fait penser... et c'est cette perception interne qui est ensuite sans cesse travaillée par la confrontation au réel.

J'ai commencé ma carrière comme pédiatre, dans un service d'urgence dépourvu de moyens. Un jour, nous recevons un bébé qui a terriblement mal au ventre. C'est soit une invagination intestinale aiguë, et il faut opérer en urgence, soit la banale colopathie fonctionnelle. Comment décider ? L'intuition, c'est l'infirmière qui calme l'interne (moi !), qui rassure la mère et lui met le bébé dans les bras, ce qui arrête les pleurs ! On entend alors le transit et l'angoisse qui se libère ... !

Le problème du généraliste, c'est évidemment qu'il n'a pas le temps. La psychiatrie est une spécialité compliquée et pas toujours gratifiante. De deux choses l'une : soit ça ne l'intéresse pas, ce qui est légitime, et ça n'est pas la peine de poursuivre ; soit ça l'intéresse, alors qu'il y aille ! et admette qu'il est lui-même un peu « fou » pour s'intéresser à ça ; en somme qu'il a une torsion d'esprit qui lui permettra peut-être de comprendre la torsion d'esprit de l'autre....

Ça n'est pas une affaire d'intelligence, c'est certainement une affaire de formation et de déformation, mais c'est avant tout « se sentir concerné ou pas ». Les psychanalystes font une analyse pour éviter de projeter leurs fantasmes et leurs délires sur leurs patients. Ça ne veut pas dire qu'ils sont neutres et qu'ils ne font pas d'erreurs. Mais au moins, ils prennent le temps et font le tri. Cela étant, je travaille avec un réseau de généralistes pour des patients ayant des troubles des conduites alimentaires. Je vous garantis qu'ils sont très bons, d'abord parce que ça les intéresse et qu'ils s'engagent.

**Vous plaidez pour un changement de paradigme. En quoi consiste-t-il ?**

Les critères du futur DSM sont revus à la baisse. Ainsi, un critère d'épisode dépressif majeur est la durée ; très floue dans la première version, puis étiquetée durée prolongée, ensuite fixée à deux mois, elle serait ramenée à 15 jours dans le DSM V. Cela signifie que vous avez deux semaines pour régler un deuil, quel qu'il soit ; après, il

faut vous traiter. Vous n'êtes plus timide, vous avez une phobie sociale ; vous n'êtes pas anxieux, vous avez une anxiété généralisée ; vous n'êtes pas irritable pendant vos règles, vous avez une dysphorie menstruelle, etc. Les mots ne sont pas innocents. Si on lâche sur les termes, on lâche sur les concepts puis sur les soins. Il y a une médicalisation des troubles qui va de pair avec une augmentation des prescriptions de médicaments psychotropes. Aux États-Unis, les syndromes d'hyperactivité de l'enfant ont augmenté de 600 % en 6 ans, les diagnostics de troubles bipolaires ont été multipliés par 40 en 10 ans ; 25 à 50% des jeunes qui consultent dans des centres de santé consomment des antidépresseurs !

On traite les symptômes mécaniquement sans chercher à les prévenir. Or on sait que par exemple, le facteur principal de la violence, et de loin ! ce sont des conditions socio-économiques défavorables. Donc il faut agir sur la pauvreté, et non tout consacrer à la recherche de ses causes génétiques !

Il y a deux moments charnières dans le début de vie de quelqu'un : les interrelations précoces mère-enfant et l'adolescence. Il est beaucoup plus difficile d'agir ensuite. Le changement de paradigme, c'est de mettre là le maximum de moyens humains.

***Cet entretien est d'abord paru dans le numéro 873 de janvier 2012 de la Revue du praticien médecine générale.***



## The New York Review of Books

<http://www.nybooks.com/>

<https://www.facebook.com/nybooks>

### **The illusions of psychiatry**

**JULY 14, 2011**

**Marcia Angell**

- ❖ *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth* by Irving Kirsch (Basic Books, 226 pp., \$15.99 (paper))
- ❖ *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America* by Robert Whitaker (Crown, 404 pp., \$26.00)
- ❖ *Unhinged: The Trouble with Psychiatry—A Doctor's Revelations About a Profession in Crisis* by Daniel Carlat (Free Press, 256 pp., \$25.00)
- ❖ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)* by American Psychiatric Association (American Psychiatric Publishing, 992 pp., \$135.00; \$115.00 (paper))

In my article in the last issue, I focused mainly on the recent books by psychologist Irving Kirsch and journalist Robert Whitaker, and what they tell us about the epidemic of mental illness and the drugs used to treat it.<sup>1</sup> Here I discuss the *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*—often referred to as the bible of psychiatry, and now heading for its fifth edition—and its extraordinary influence within American society. I also examine *Unhinged*, the recent book by Daniel Carlat, a psychiatrist, who provides a disillusioned insider's view of the psychiatric profession. And I discuss the widespread use of psychoactive drugs in children, and the baleful influence of the pharmaceutical industry on the practice of psychiatry.

One of the leaders of modern psychiatry, Leon Eisenberg, a professor at Johns Hopkins and then Harvard Medical School, who was among the first to study the effects of stimulants on attention deficit disorder in children, wrote that American psychiatry in the late twentieth century moved from a state of “brainlessness” to one of “mindlessness.”<sup>2</sup> By that he meant that before psychoactive drugs (drugs that affect the mental state) were introduced, the profession had little interest in neurotransmitters or any other aspect of the physical brain. Instead, it subscribed to the Freudian view that mental illness had its roots in unconscious conflicts, usually originating in childhood that affected the mind as though it were separate from the brain.

But with the introduction of psychoactive drugs in the 1950s, and sharply accelerating in the 1980s, the focus shifted to the brain. Psychiatrists began to refer to themselves as psycho-pharmacologists, and they had less and less interest in exploring the life stories of their patients. Their main concern was to eliminate or reduce symptoms by treating sufferers with drugs that would alter brain function. An early advocate of this biological model of mental illness, Eisenberg in his later years became an outspoken critic of what he saw as the indiscriminate use of psychoactive drugs, driven largely by the machinations of the pharmaceutical industry.

When psychoactive drugs were first introduced, there was a brief period of optimism in the psychiatric profession, but by the 1970s, optimism gave way to a sense of threat. Serious side effects of the drugs were becoming apparent, and an antipsychiatry movement had taken root, as exemplified by the writings of Thomas Szasz and the movie *One Flew Over the Cuckoo's Nest*. There was also growing competition for patients from psychologists and social workers. In addition, psychiatrists were plagued by internal divisions: some embraced the new biological model, some still clung to the Freudian model, and a few saw mental illness as an essentially sane response to an insane world. Moreover, within the larger medical profession, psychiatrists were regarded as something like poor relations; even with their new drugs, they were seen as less scientific than other specialists, and their income was generally lower.

In the late 1970s, the psychiatric profession struck back—hard. As Robert Whitaker tells it in *Anatomy of an Epidemic*, the medical director of the American Psychiatric Association (APA), Melvin Sabshin, declared in 1977 that “a vigorous effort to remedicalize psychiatry should be strongly supported,” and he launched an all-out media and public relations campaign to do exactly that. Psychiatry had a powerful weapon that its competitors lacked. Since psychiatrists must qualify as MDs, they have the legal authority to write prescriptions. By fully embracing the biological model of mental illness and the use of psychoactive drugs to treat it, psychiatry was able to relegate other mental health care providers to ancillary positions and also

to identify itself as a scientific discipline along with the rest of the medical profession. Most important, by emphasizing drug treatment, psychiatry became the darling of the pharmaceutical industry, which soon made its gratitude tangible.

These efforts to enhance the status of psychiatry were undertaken deliberately. The APA was then working on the third edition of the DSM, which provides diagnostic criteria for all mental disorders. The president of the APA had appointed Robert Spitzer, a much-admired professor of psychiatry at Columbia University, to head the task force overseeing the project. The first two editions, published in 1952 and 1968, reflected the Freudian view of mental illness and were little known outside the profession. Spitzer set out to make the DSM-III something quite different. He promised that it would be “a defense of the medical model as applied to psychiatric problems,” and the president of the APA in 1977, Jack Weinberg, said it would “clarify to anyone who may be in doubt that we regard psychiatry as a specialty of medicine.”

When Spitzer’s DSM-III was published in 1980, it contained 265 diagnoses (up from 182 in the previous edition), and it came into nearly universal use, not only by psychiatrists, but by insurance companies, hospitals, courts, prisons, schools, researchers, government agencies, and the rest of the medical profession. Its main goal was to bring consistency (usually referred to as “reliability”) to psychiatric diagnosis, that is, to ensure that psychiatrists who saw the same patient would agree on the diagnosis. To do that, each diagnosis was defined by a list of symptoms, with numerical thresholds. For example, having at least five of nine particular symptoms got you a full-fledged diagnosis of a major depressive episode within the broad category of “mood disorders.” But there was another goal—to justify the use of psychoactive drugs. The president of the APA last year, Carol Bernstein, in effect acknowledged that. “It became necessary in the 1970s,” she wrote, “to facilitate diagnostic agreement among clinicians, scientists, and regulatory authorities given the need to match patients with newly emerging pharmacologic treatments.”<sup>3</sup>

The *DSM-III* was almost certainly more “reliable” than the earlier versions, but reliability is not the same thing as validity. Reliability, as I have noted, is used to mean consistency; validity refers to correctness or soundness. If nearly all physicians agreed that freckles were a sign of cancer, the diagnosis would be “reliable,” but not valid. The problem with the *DSM* is that in all of its editions, it has simply reflected the opinions of its writers, and in the case of the *DSM-III* mainly of Spitzer himself, who has been justly called one of the most influential psychiatrists of the twentieth century.<sup>4</sup> In his words, he “picked everybody that [he] was comfortable with” to serve with him on the fifteen-member task force, and there were complaints that he called too few meetings and generally ran the process in a haphazard but high-handed manner. Spitzer said in a 1989 interview, “I could just get my way by sweet talking and whatnot.” In a 1984 article entitled “The Disadvantages of *DSM-III* Outweigh Its Advantages,” George Vaillant, a professor of psychiatry at Harvard Medical School, wrote that the *DSM-III* represented “a bold series of choices based on guess, taste, prejudice, and hope,” which seems to be a fair description.

Not only did the *DSM* become the bible of psychiatry, but like the real Bible, it depended a lot on something akin to revelation. There are no citations of scientific studies to support its decisions. That is an astonishing omission, because in all medical publications, whether journal articles or textbooks, statements of fact are supposed to be supported by citations of published scientific studies. (There are four separate

“sourcebooks” for the current edition of the *DSM* that present the rationale for some decisions, along with references, but that is not the same thing as specific references.) It may be of much interest for a group of experts to get together and offer their opinions, but unless these opinions can be buttressed by evidence, they do not warrant the extraordinary deference shown to the *DSM*. The *DSM-III* was supplanted by the *DSM-III-R* in 1987, the *DSM-IV* in 1994, and the current version, the *DSM-IV-TR* (text revised) in 2000, which contains 365 diagnoses. “With each subsequent edition,” writes Daniel Carlat in his absorbing book, “the number of diagnostic categories multiplied, and the books became larger and more expensive. Each became a best seller for the APA, and *DSM* is now one of the major sources of income for the organization.” The *DSM-IV* sold over a million copies.

As psychiatry became a drug-intensive specialty, the pharmaceutical industry was quick to see the advantages of forming an alliance with the psychiatric profession. Drug companies began to lavish attention and largesse on psychiatrists, both individually and collectively, directly and indirectly. They showered gifts and free samples on practicing psychiatrists, hired them as consultants and speakers, bought them meals, helped pay for them to attend conferences, and supplied them with “educational” materials. When Minnesota and Vermont implemented “sunshine laws” that require drug companies to report all payments to doctors, psychiatrists were found to receive more money than physicians in any other specialty. The pharmaceutical industry also subsidizes meetings of the APA and other psychiatric conferences. About a fifth of APA funding now comes from drug companies.

Drug companies are particularly eager to win over faculty psychiatrists at prestigious academic medical centers. Called “key opinion leaders” (KOLs) by the industry, these are the people who through their writing and teaching influence how mental illness will be diagnosed and treated. They also publish much of the clinical research on drugs and, most importantly, largely determine the content of the *DSM*. In a sense, they are the best sales force the industry could have, and are worth every cent spent on them. Of the 170 contributors to the current version of the *DSM* (*the DSM-IV-TR*), almost all of whom would be described as KOLs, ninety-five had financial ties to drug companies, including all of the contributors to the sections on mood disorders and schizophrenia.<sup>5</sup>

The drug industry, of course, supports other specialists and professional societies, too, but Carlat asks, “Why do psychiatrists consistently lead the pack of specialties when it comes to taking money from drug companies?” His answer: “Our diagnoses are subjective and expandable, and we have few rational reasons for choosing one treatment over another.” Unlike the conditions treated in most other branches of medicine, there are no objective signs or tests for mental illness—no lab data or MRI findings—and the boundaries between normal and abnormal are often unclear. That makes it possible to expand diagnostic boundaries or even create new diagnoses, in ways that would be impossible, say, in a field like cardiology. And drug companies have every interest in inducing psychiatrists to do just that.

In addition to the money spent on the psychiatric profession directly, drug companies heavily support many related patient advocacy groups and educational organizations. Whitaker writes that in the first quarter of 2009 alone,

*Eli Lilly gave \$551,000 to NAMI [National Alliance on Mental Illness] and its local chapters, \$465,000 to the National Mental Health Association, \$130,000 to CHADD (an ADHD [attention deficit/hyperactivity disorder] patient-advocacy group), and \$69,250 to the American Foundation for Suicide Prevention.*

And that's just one company in three months; one can imagine what the yearly total would be from all companies that make psychoactive drugs. These groups ostensibly exist to raise public awareness of psychiatric disorders, but they also have the effect of promoting the use of psychoactive drugs and influencing insurers to cover them. Whitaker summarizes the growth of industry influence after the publication of the *DSM-III* as follows:

*In short, a powerful quartet of voices came together during the 1980's eager to inform the public that mental disorders were brain diseases. Pharmaceutical companies provided the financial muscle. The APA and psychiatrists at top medical schools conferred intellectual legitimacy upon the enterprise. The NIMH [National Institute of Mental Health] put the government's stamp of approval on the story. NAMI provided a moral authority.*

Like most other psychiatrists, Carlat treats his patients only with drugs, not talk therapy, and he is candid about the advantages of doing so. If he sees three patients an hour for psychopharmacology, he calculates, he earns about \$180 per hour from insurers. In contrast, he would be able to see only one patient an hour for talk therapy, for which insurers would pay him less than \$100. Carlat does not believe that psychopharmacology is particularly complicated, let alone precise, although the public is led to believe that it is:

*Patients often view psychiatrists as wizards of neurotransmitters, who can choose just the right medication for whatever chemical imbalance is at play. This exaggerated conception of our capabilities has been encouraged by drug companies, by psychiatrists ourselves, and by our patients' understandable hopes for cures.*

His work consists of asking patients a series of questions about their symptoms to see whether they match up with any of the disorders in the *DSM*. This matching exercise, he writes, provides "the illusion that we understand our patients when all we are doing is assigning them labels." Often patients meet criteria for more than one diagnosis, because there is overlap in symptoms. For example, difficulty concentrating is a criterion for more than one disorder. One of Carlat's patients ended up with seven separate diagnoses. "We target discrete symptoms with treatments, and other drugs are piled on top to treat side effects." A typical patient, he says, might be taking Celexa for depression, Ativan for anxiety, Ambien for insomnia, Provigil for fatigue (a side effect of Celexa), and Viagra for impotence (another side effect of Celexa).

As for the medications themselves, Carlat writes that "there are only a handful of umbrella categories of psychotropic drugs," within which the drugs are not very different from one another. He doesn't believe there is much basis for choosing among them. "To a remarkable degree, our choice of medications is subjective, even random. Perhaps your psychiatrist is in a Lexapro mood this morning, because he was just visited by an attractive Lexapro drug rep." And he sums up:

*Such is modern psychopharmacology. Guided purely by symptoms, we try different drugs, with no real conception of what we are trying to fix, or of how the drugs are working. I am perpetually astonished that we are so effective for so many patients.*

While Carlat believes that psychoactive drugs are sometimes effective, his evidence is anecdotal. What he objects to is their overuse and what he calls the “frenzy of psychiatric diagnoses.” As he puts it, “if you ask any psychiatrist in clinical practice, including me, whether antidepressants work for their patients, you will hear an unambiguous *Yes*”. We see people getting better all the time.” But then he goes on to speculate, like Irving Kirsch in *The Emperor’s New Drugs*, that what they are really responding to could be an activated placebo effect. If psychoactive drugs are not all they’re cracked up to be—and the evidence is that they’re not—what about the diagnoses themselves? As they multiply with each edition of the *DSM*, what are we to make of them?

In 1999, the APA began work on its fifth revision of the *DSM*, which is scheduled to be published in 2013. The twenty-seven-member task force is headed by David Kupfer, a professor of psychiatry at the University of Pittsburgh, assisted by Darrel Regier of the APA’s American Psychiatric Institute for Research and Education. As with the earlier editions, the task force is advised by multiple work groups, which now total some 140 members, corresponding to the major diagnostic categories. Ongoing deliberations and proposals have been extensively reported on the APA website ([www.DSM5.org](http://www.DSM5.org)) and in the media, and it appears that the already very large constellation of mental disorders will grow still larger.

In particular, diagnostic boundaries will be broadened to include precursors of disorders, such as “psychosis risk syndrome” and “mild cognitive impairment” (possible early Alzheimer’s disease). The term “spectrum” is used to widen categories, for example, “obsessive-compulsive disorder spectrum,” “schizophrenia spectrum disorder,” and “autism spectrum disorder.” And there are proposals for entirely new entries, such as “hypersexual disorder,” “restless legs syndrome”, and “binge eating”.

Even Allen Frances, chairman of the *DSM-IV* task force, is highly critical of the expansion of diagnoses in the *DSM-V*. In the June 26, 2009, issue of *Psychiatric Times*, he wrote that the *DSM-V* will be a “bonanza for the pharmaceutical industry but at a huge cost to the new false positive patients caught in the excessively wide *DSM-V* net.” As if to underscore that judgment, Kupfer and Regier wrote in a recent article in the *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, entitled “Why All of Medicine Should Care About *DSM-5*,” that “in primary care settings, approximately 30 percent to 50 percent of patients have prominent mental health symptoms or identifiable mental disorders, which have significant adverse consequences if left untreated.”<sup>6</sup> It looks as though it will be harder and harder to be normal.

At the end of the article by Kupfer and Regier is a small-print “financial disclosure” that reads in part:

*Prior to being appointed as chair, DSM-5 Task Force, Dr. Kupfer reports having served on advisory boards for Eli Lilly & Co, Forest Pharmaceuticals Inc, Solvay/Wyeth Pharmaceuticals, and Johnson & Johnson; and consulting for Servier and Lundbeck.*

Regier oversees all industry-sponsored research grants for the APA. The *DSM-V*(used interchangeably with *DSM-5*) is the first edition to establish rules to limit financial conflicts of interest in members of the task

force and work groups. According to these rules, once members were appointed, which occurred in 2006–2008, they could receive no more than \$10,000 per year in aggregate from drug companies or own more than \$50,000 in company stock. The website shows their company ties for three years before their appointments, and that is what Kupfer disclosed in the *JAMA* article and what is shown on the APA website, where 56 percent of members of the work groups disclosed significant industry interests.

The pharmaceutical industry influences psychiatrists to prescribe psychoactive drugs even for categories of patients in whom the drugs have not been found safe and effective. What should be of greatest concern for Americans is the astonishing rise in the diagnosis and treatment of mental illness in children, sometimes as young as two years old. These children are often treated with drugs that were never approved by the FDA for use in this age group and have serious side effects. The apparent prevalence of “juvenile bipolar disorder” jumped forty-fold between 1993 and 2004, and that of “autism” increased from one in five hundred children to one in ninety over the same decade. Ten percent of ten-year-old boys now take daily stimulants for ADHD—“attention deficit/hyperactivity disorder”—and 500,000 children take antipsychotic drugs.

There seem to be fashions in childhood psychiatric diagnoses, with one disorder giving way to the next. At first, ADHD, manifested by hyperactivity, inattentiveness, and impulsivity usually in school-age children, was the fastest-growing diagnosis. But in the mid-1990s, two highly influential psychiatrists at the Massachusetts General Hospital proposed that many children with ADHD really had bipolar disorder that could sometimes be diagnosed as early as infancy. They proposed that the manic episodes characteristic of bipolar disorder in adults might be manifested in children as irritability. That gave rise to a flood of diagnoses of juvenile bipolar disorder. Eventually this created something of a backlash, and the DSM-V now proposes partly to replace the diagnosis with a brand-new one, called “temper dysregulation disorder with dysphoria,” or TDD, which Allen Frances calls “a new monster.”<sup>7</sup>

One would be hard pressed to find a two-year-old who is not sometimes irritable, a boy in fifth grade who is not sometimes inattentive, or a girl in middle school who is not anxious. (Imagine what taking a drug that causes obesity would do to such a girl.) Whether such children are labeled as having a mental disorder and treated with prescription drugs depends a lot on who they are and the pressures their parents face.<sup>8</sup> As low-income families experience growing economic hardship, many are finding that applying for Supplemental Security Income (SSI) payments on the basis of mental disability is the only way to survive. It is more generous than welfare, and it virtually ensures that the family will also qualify for Medicaid. According to MIT economics professor David Autor, “This has become the new welfare.” Hospitals and state welfare agencies also have incentives to encourage uninsured families to apply for SSI payments, since hospitals will get paid and states will save money by shifting welfare costs to the federal government.

Growing numbers of for-profit firms specialize in helping poor families apply for SSI benefits. But to qualify nearly always requires that applicants, including children, be taking psychoactive drugs. According to a *New York Times* story, a Rutgers University study found that children from low-income families are four times as likely as privately insured children to receive antipsychotic medicines.

In December 2006 a four-year-old child named Rebecca Riley died in a small town near Boston from a combination of Clonidine and Depakote, which she had been prescribed, along with Seroquel, to treat “ADHD” and “bipolar disorder”—diagnoses she received when she was two years old. Clonidine was approved by the FDA for treating high blood pressure. Depakote was approved for treating epilepsy and acute mania in bipolar disorder. Seroquel was approved for treating schizophrenia and acute mania. None of the three was approved to treat ADHD or for long-term use in bipolar disorder, and none was approved for children Rebecca’s age. Rebecca’s two older siblings had been given the same diagnoses and were each taking three psychoactive drugs. The parents had obtained SSI benefits for the siblings and for themselves, and were applying for benefits for Rebecca when she died. The family’s total income from SSI was about \$30,000 per year.<sup>9</sup>

Whether these drugs should ever have been prescribed for Rebecca in the first place is the crucial question. The FDA approves drugs only for specified uses, and it is illegal for companies to market them for any other purpose—that is, “off-label.” Nevertheless, physicians are permitted to prescribe drugs for any reason they choose, and one of the most lucrative things drug companies can do is persuade physicians to prescribe drugs off-label, despite the law against it. In just the past four years, five firms have admitted to federal charges of illegally marketing psychoactive drugs. AstraZeneca marketed Seroquel off-label for children and the elderly (another vulnerable population, often administered antipsychotics in nursing homes); Pfizer faced similar charges for Geodon (an antipsychotic); Eli Lilly for Zyprexa (an antipsychotic); Bristol-Myers Squibb for Abilify (another antipsychotic); and Forest Labs for Celexa (an antidepressant).

Despite having to pay hundreds of millions of dollars to settle the charges, the companies have probably come out well ahead. The original purpose of permitting doctors to prescribe drugs off-label was to enable them to treat patients on the basis of early scientific reports, without having to wait for FDA approval. But that sensible rationale has become a marketing tool. Because of the subjective nature of psychiatric diagnosis, the ease with which diagnostic boundaries can be expanded, the seriousness of the side effects of psychoactive drugs, and the pervasive influence of their manufacturers, I believe doctors should be prohibited from prescribing psychoactive drugs off-label, just as companies are prohibited from marketing them off-label.

The books by Irving Kirsch, Robert Whitaker, and Daniel Carlat are powerful indictments of the way psychiatry is now practiced. They document the “frenzy” of diagnosis, the overuse of drugs with sometimes devastating side effects, and widespread conflicts of interest. Critics of these books might argue, as Nancy Andreasen implied in her paper on the loss of brain tissue with long-term antipsychotic treatment, that the side effects are the price that must be paid to relieve the suffering caused by mental illness. If we knew that the benefits of psychoactive drugs outweighed their harms that would be a strong argument, since there is no doubt that many people suffer grievously from mental illness. But as Kirsch, Whitaker, and Carlat argue convincingly, that expectation may be wrong.

At the very least, we need to stop thinking of psychoactive drugs as the best, and often the only, treatment for mental illness or emotional distress. Both psychotherapy and exercise have been shown to be as effective as drugs for depression, and their effects are longer-lasting, but unfortunately, there is no industry to push these alternatives and Americans have come to believe that pills must be more potent.

More research is needed to study alternatives to psychoactive drugs, and the results should be included in medical education.

In particular, we need to rethink the care of troubled children. Here the problem is often troubled families in troubled circumstances. Treatment directed at these environmental conditions—such as one-on-one tutoring to help parents cope or after-school centers for the children—should be studied and compared with drug treatment. In the long run, such alternatives would probably be less expensive. Our reliance on psychoactive drugs, seemingly for all of life's discontents, tends to close off other options. In view of the risks and questionable long-term effectiveness of drugs, we need to do better. Above all, we should remember the time-honored medical dictum: first, do no harm (*primum non nocere*).

- 
1. See Marcia Angell, "The Epidemic of Mental Illness: Why?," *The New York Review*, June 23, 2011.
  2. Eisenberg wrote about this transition in "Mindlessness and Brainlessness," *British Journal of Psychiatry*, No. 148 (1986). His last paper, completed by his stepson, was published after his death in 2009. See Eisenberg and L.B. Guttmacher, "Were We All Asleep at the Switch? A Personal Reminiscence of Psychiatry from 1940 to 2010," *Acta Psychiatrica Scand.*, No. 122 (2010).
  3. Carol A. Bernstein, "Meta-Structure in DSM-5 Process," *Psychiatric News*, March 4, 2011, p. 7.
  4. The history of the DSM is recounted in Christopher Lane's informative book *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness* (Yale University Press, 2007). Lane was given access to the American Psychiatric Association's archive of unpublished letters, transcripts, and memoranda, and he also interviewed Robert Spitzer. His book was reviewed by Frederick Crews in *The New York Review*, December 6, 2007, and by me, January 15, 2009.
  5. See L. Cosgrove et al., "Financial Ties Between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry," *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 75 (2006). ↵
  6. David J. Kupfer and Darrel A. Regier, "Why All of Medicine Should Care About DSM-5," *JAMA*, May 19, 2010.
  7. Greg Miller, "Anything But Child's Play," *Science*, March 5, 2010.
  8. Duff Wilson, "Child's Ordeal Reveals Risks of Psychiatric Drugs in Young," *The New York Times*, September 2, 2010.
  9. Patricia Wen, "A Legacy of Unintended Side-Effects: Call It the Other Welfare," *The Boston Globe*, December 12, 2010.
-

## Roland Gori : « la psychoanalyse n'est pas un guide des mœurs »

Mercredi 6 Février 2013

PROPOS RECUEILLIS PAR PHILIPPE PETIT - MARIANNE



En plein débat sur le projet de loi autorisant le mariage et l'adoption pour les couples de même sexe, le psychanalyste, et fondateur de « l'Appel des appels », Roland Gori, répond aux questions de Marianne, soulignant que cette demande de reconnaissance sociale des couples homosexuels témoigne, selon lui, d'une laïcisation de plus en plus forte des institutions organisant l'existence des individus.

**Marianne :** La loi Taubira concerne à la fois l'extension du domaine du mariage et l'application de nouvelles règles de filiations concernant les couples homosexuels? Les psychanalystes semblent très divisés concernant cette loi qui est débattue au parlement. Quelle est votre position?

**Roland Gori :** Il faut cesser d'instrumentaliser la psychoanalyse. La psychoanalyse est d'abord et avant tout une méthode spécifique mise en acte dans une pratique clinique et dont les connaissances proviennent de cette expérience. Et comme le dit Freud, ce dont on n'a pas l'expérience il faut le taire. Alors les psychanalystes qui s'expriment pour ou contre la loi Taubira sur le mariage gay ou l'adoption par des couples homosexuels, je ne suis pas sûr qu'ils aient beaucoup d'expérience clinique à apporter en la matière. Pas davantage que la psychoanalyse sauvage des hommes politiques, ces spéculations psychologisantes autour des projets de loi ne possèdent de validité scientifique.

La psychoanalyse n'est pas un guide des mœurs et un ensemble de prescriptions morales. Il faut rompre avec cette tendance des « experts » à idéologiser la psychoanalyse ou tout autre mode de connaissance.

**Marianne :** Concernant la loi Taubira les psychanalystes doivent d'autant plus être prudents que le mot « homosexualité » n'a pas le même sens dans le langage courant et en psychoanalyse ?

**Roland Gori :** Dans le langage courant, il s'agit d'un « comportement » concernant le choix d'un partenaire sexuel de même sexe ; en psychoanalyse il s'agit non de ce que fait un sujet mais de ce qu'il est dans ce qu'il fait, c'est à

dire d'une position psychique. Freud disait que « *nul ne pouvait être tenu pour homosexuel en fonction de son choix d'objet* ». Un homme peut se comporter comme un Don Juan et « consommer » sexuellement de nombreuses femmes tout en se révélant du point de vue psychique « homosexuel », pris dans un désir entièrement orienté par un désir pour des rivaux ou un défi à l'autorité paternelle. Il serait plus juste d'ailleurs de parler des homosexualités plutôt que de l'homosexualité.

Au début de la vie, l'être humain est bisexuel et ce n'est qu'au cours de son histoire qu'il s'identifie à un genre masculin ou féminin. Mais le féminin ne demeure pas le monopole des femmes, ni le masculin celui des hommes. Roland Barthes disait avec beaucoup de vérité que l'amoureux, l'aimant, est « *féminisé non parce qu'il est « inverti » mais parce qu'il est celui qui attend* ». Les deux cette confusion linguistique qui conduit abusivement à prétendre expertiser en la matière, je ne vois pas pourquoi en tant que citoyen je devrais m'opposer au mariage des homosexuels. Pour moi cette revendication culturelle, comme celle de l'homoparentalité, se révèle plutôt comme le symbole d'une révolution des mœurs. Cela veut dire que le mot « couple » ou le mot « parent » sont en train socialement de changer de sens, comme ils ont d'ailleurs changé de significations au cours des siècles précédents et selon les structures de parenté des sociétés.

**Marianne :** L'anthropologue Maurice Godelier parle très justement à ce sujet de « *métamorphoses de la parenté* »...

**Roland Gori :** C'est le mot juste. Je crois comme lui que l'humanité n'a eu de cesse d'inventer de nouvelles formes d'alliances et de parentés. Je crois que cette demande de reconnaissance sociale des couples homosexuels et leur aspiration à l'adoption témoignent d'au moins deux choses : d'une part de l'augmentation croissante aujourd'hui des revendications des minorités quelles qu'elles soient, et d'autre part d'une laïcisation de plus en plus forte des institutions organisant l'existence des individus.

Cela veut dire à mon avis que la désacralisation du monde civil, son désenchantement religieux s'accroît et qu'en contrepartie de nouvelles figures s'imposent pour occuper ce vide laissé par la pulvérisation des figures traditionnelles de l'autorité. Sinon pourquoi y aurait-il un débat passionnel autour de ces questions ? Si ce n'est qu'elles mobilisent l'arrière-fond religieux des formes d'alliance et de parenté, qu'elles poussent en avant les questions laissées en suspens par l'effondrement des marques majeures de l'autorité. Donc en tant que citoyen et non pas en tant qu'expert je suis favorable au mariage gay et à certaines conditions à la possibilité de l'adoption.

**Marianne :** Quelles conditions ?

**Roland Gori :** Quand je dis à certaines conditions, cela concerne les homosexuels comme les hétérosexuels. Je pense par exemple que nous restons trop agglutinés aux anciens modèles d'une conjugalité organisée autour d'un noyau du couple papa-maman auquel les enfants s'agrègent, plus ou moins séparés du reste de la famille et à distance des autres relations sociales. Si la loi maintenait cette illusion et devait favoriser pour les homosexuels

le déni de l'altérité, de la différence, alors pour le coup on serait plus que jamais dans le semblant et dans l'imposture. L'hétérosexualité du couple ne garantit pas en lui-même l'existence de différences constitutives comme les différences de sexe et de génération par exemple, elle n'est pas davantage une garantie de socialisation des enfants. On oublie trop souvent que Platon suggérait que pour favoriser la citoyenneté républicaine ce ne soit pas les parents qui élèvent leurs enfants...

La fameuse loi du père, qui a donné à l'idéologie psychanalytique ses plus beaux fleurons, est une fonction au sens quasi mathématique du terme, un ensemble de règles permettant des opérations qui ne sauraient se confondre avec les personnages chargés de l'incarner à un moment donné. Donc là encore, ce n'est que dans l'après coup de l'expérience clinique et au cas par cas que l'on peut dire quelque chose, et non en amont de cette expérience pour servir la soupe idéologique de je ne sais trop quelle cause.

**Marianne :** Le débat autour de l'ouverture du mariage pour tous ne se situe pas uniquement au niveau de l'altérité des sexes mais également 4 au niveau de la parenté et de la filiation. Toute réforme du mariage doit être examinée au prisme de son impact pour tous les citoyens. Les effets de la réforme sur le Code Civil sont connus, mais sur les principes de la bioéthique, ils le sont moins. Doit-il y avoir selon vous une limite à imposer en ce qui concerne ces derniers? Êtes-vous favorable par exemple à la gestation pour autrui?

**Roland Gori :** A partir du moment où vous voudrez bien admettre avec moi que les notions de couple, de parenté ou de famille ne sont pas des vérités naturelles et biologiques. Elles procèdent essentiellement de transactions sociales et symboliques et il est évident que tout changement en la matière confronte à des problèmes éthiques. Simplement, ces problèmes éthiques, voire bioéthiques, ne doivent pas demeurer une affaire de spécialistes, faute de quoi on fabriquerait de l'imposture, mais que leur traitement doit faire l'objet de débats citoyens. Si nous voulons réinventer de nouvelles façons de vivre ensemble et de traiter ces problèmes éthiques, il est nécessaire de réhabiliter la parole, le débat et le récit des expériences de vie. Après quoi on pourrait toujours procéder à un référendum. Cela me paraît d'autant plus indispensable que le système technicien aujourd'hui, accouplé à la religion du marché, menace l'humanité dans l'homme.

\* Psychanalyste, fondateur de « l'Appel des appels », dernier livre paru : La Fabrique des imposteurs (Les Liens qui Libèrent).

---

# La fabrique des Imposteurs

Roland Gori

Éditions Les Liens qui Libèrent

<http://www.appeldesappels.org/publications/la-fabrique-des-imposteurs-roland-gori-editions-les-liens-qui-liberent--1439.htm>



L'imposture a toujours existé mais certaines sociétés la favorisent plus que d'autres. **L'imposteur est aujourd'hui dans nos dispositifs d'évaluation et de normalisation comme « un poisson dans l'eau »** : faire prévaloir la forme sur le fond, valoriser les moyens plutôt que les fins, se fier à l'apparence et à la réputation plutôt qu'au travail et au courage, préférer la popularité au mérite, opter pour le pragmatisme avantageux plutôt que le courage de l'idéal, choisir l'opportunisme de l'opinion plutôt que tenir bon sur les vertus, chérir le semblant et ses volutes plutôt que la pensée critique, les « *mouvements de manche* » plutôt que la force de l'œuvre, voilà le « *milieu* » idéal pour que prospère l'imposture !

**Notre société du conformisme et de la norme**, même travestie sous un hédonisme de masse et grimée de publicité tapageuse, d'éloges factices du vrai, de reproduction en masse de l'unique, **fabrique de l'imposteur**. L'imposteur est un authentique martyr du lien social, virtuose de l'apparence, « *maitre* » de l'opinion, « *éponge vivante* » des valeurs de son temps, « *cannibale* » des modes et des formes dont il s'affuble comme des « *fétiches* » pour parer à l'inconsistance de son existence, pour vivre à crédit, au crédit de l'Autre. L'imposture est parmi nous, elle est la sœur siamoise du conformisme galopant, de l'homogénéisation croissante des cultures et des styles. Ce conformisme a un prix, lourd, très lourd : la stérilité des reproductions contrôlées, la violence symbolique des automatismes sociaux, la prolétarianisation généralisée de l'existence. Au nom des normes les pouvoirs « *sécuritaires* » inhibent les sujets comme les peuples, les empêchent de créer et de s'émanciper en confisquant le débat démocratique, en discréditant l'art de transmettre l'expérience. Au risque de fabriquer demain une société de « *termites* » ou de robots parfaitement adaptés aux exigences de compétitivité et de précision de la nouvelle économie « *globalisée* ». Par une intimidation sociale très précoce et insidieuse, contraignante mais compassionnelle, cette civilisation des mœurs emmène vers une soumission forcée aux normes, fabrique parfois ses propres risques qu'elle feint ensuite d'éradiquer. La clinique psychopathologique montre que ce type d'adaptation factice et superficielle procède par un empiètement des normes sur le vivant, finit par générer de l'apathie, de la dépression ou du cynisme. Un tel état psychique et social prédispose les sujets comme les foules à se laisser gouverner par une société totalitaire et à abandonner l'idéal de la démocratie.

Sans confusion de genres et avec toutes les précautions qu'implique ce type de rapprochement, entre la clinique psychopathologique individuelle et l'analyse sociale des mœurs, **Roland Gori choisit un éclairage croisé de la psychanalyse et de la politique pour montrer que les civilisations comme les hommes peuvent souffrir de traumatismes**. La sidération que de tels traumatismes produisent conduit bien souvent à la « *solution* » de l'imposture et aux faux-semblants de l'adaptation « *caméléon* ». A moins que la culture et le rêve ne s'en mêlent, bougeant les lignes et les frontières, les fonctions définies et les règles établies, ils rendent possibles l'expérience et sa transmission, et restituent aux humains le « *pluriel singulier* » d'un monde commun.

C'est le pari de la démocratie et l'audace de la liberté partagée. C'est le pari aussi sur lequel se fonde une culture qui prend soin de l'humanité dans l'homme. Le politique et le psychanalyste sont engagés dans des « métiers impossibles » qui ne se soutiennent que du désir de liberté qui les porte au-delà des limites des « normes », normes qu'ils rencontrent nécessairement sur le chemin de l'émancipation. C'est ce défi que nos démocraties et les humains qui les composent, se doivent de relever aujourd'hui pour quitter le vieux monde et accoucher du nouveau.



ENTRETIEN

## Le psychanalyste Roland Gori : « nous sommes incités à tricher pour survivre »

Vendredi 25 Janvier 2013 à 10:58 | Lu 8605 commentaire(s)

PROPOS RECUEILLIS PAR ELODIE EMERY

Dans «la Fabrique des imposteurs»\*, le psychanalyste explique pourquoi et comment les individus comme les Etats doivent aujourd'hui se transformer en caméléons pour tirer leur épingle du jeu.



**Marianne :** *Vous expliquez dans votre livre comment notre société de plus en plus normative incite à l'imposture...*

**Roland Gori :** Il y a toujours eu de la fraude, de la triche, mais aujourd'hui l'imposture se dilue dans le champ social en réponse à la pression sans cesse accrue des normes. L'imposture est la sœur siamoise du conformisme généralisé. Vouloir imposer des normes, un «mode d'emploi» dans les manières de vivre, c'est très violent. On le vérifie avec l'évaluation des pratiques professionnelles et des savoirs. Le contrôle des connaissances incite non à l'amélioration des pratiques, mais à satisfaire les instruments qui prétendent les évaluer. Ces nouvelles formes d'évaluation confondent la carte et le territoire ! Je suis pour l'évaluation, mais je suis opposé à ses nouvelles formes sociales propres à la société de la marchandise et du spectacle. Nous avons par exemple une passion pour les palmarès.

Dans quelle université mettre son enfant, où faire soigner sa prostate ? C'est une expertise en forme de tape-à-l'œil médiatique. Si l'on fait une analyse critique du palmarès des hôpitaux, par exemple, on s'aperçoit qu'il peut y avoir des établissements mal classés à cause d'un biais méthodologique : un hôpital

fréquenté par des personnes très âgées ou en très mauvaise santé sera moins bien classé, sans que cela ne dise rien de la qualité des soins qui y sont dispensés. L'imposture, c'est que les «expertises» finissent par être «vraies» : on donnera plus de moyens à un hôpital ou à un laboratoire de recherche bien classé dans le palmarès.

Autre exemple, les critères d'évaluation des travaux scientifiques reposent sur des indices quantitatifs de popularité et de conformité, et non sur leur valeur intrinsèque. Pour être bien évalué, il faut publier un maximum d'articles dans des revues : les chercheurs finissent par produire des «stratégies» conduisant à placer en trois articles ce qu'ils auraient pu écrire en un seul. Face à cette nouvelle comédie des mœurs, on finit par lâcher la proie de la réalité pour l'ombre des chiffres et des indicateurs. Les individus comme les États sont incités à se transformer en caméléons et à tricher pour survivre.

***Quelles en sont les conséquences sur notre civilisation ?***

**R.G. :** L'horizon d'une société de la norme, c'est de réduire l'humain à une fonction, comme un robot. On assiste à une montée de l'intolérance face à des sujets suspectés de «troubles du comportement», on diagnostique de plus en plus de déprimés, d'hyperactifs. Cette société qui méprise la fiction, la poésie, le jeu, l'art et l'amour tombe nécessairement dans le mensonge, la haine et la pornographie.

On est à un carrefour : soit on poursuit sur la même logique normative et on produit un monde sans humains. Soit on se ressaisit par des actes politiques.

***Est-ce qu'un président «normal» est à même de relever ce défi ?***

**R.G. :** Une véritable démocratie ne saurait être «normale» ! Aujourd'hui, nous vivons des formes dégénérées de démocratie, une démocratie d'expertise et d'opinion. Se placer comme l'a fait François Hollande sous la bannière de la norme, c'est se condamner à la résignation et finir par gérer le pays comme par le passé, ce passé dont nous ne voulions plus. L'acte politique, c'est le courage d'inventer l'avenir, de faire bouger les normes. Non pas d'esquiver les conflits, mais de les laisser émerger et de les traiter par des débats citoyens.

*\* Editions Les Liens qui libèrent.*

---

## Roland Gori : « le besoin de considération au travail est un enjeu fondamental de la société qui vient »

<http://www.latribune.fr/actualites/economie/20120430trib000696210/roland-gori-le-besoin-de-consideration-au-travail-est-un-enjeu-fondamental-de-la-societe-qui-vient.html>

*Propos recueillis par Sophie Péters* | 30/04/2012

Roland Gori, professeur émérite de psychopathologie clinique à l'université d'Aix-Marseille et psychanalyste, auteur de "La dignité de penser" aux Éditions Les liens qui Libèrent, revient sur la question du travail dans une perspective politique.



A la veille du 1er mai, "fête du travail", Jamais le travail n'a été autant en question, voire en souffrance dans notre société. Comment s'explique une telle dévalorisation de la valeur travail ?

On constate aujourd'hui que à devoir s'adapter aux contraintes normatives qui pèsent sur leurs activités, et aux exigences qui s'imposent à leur existence, les professionnels sont incités à perdre de vue les finalités de leurs métiers pour satisfaire au contrôle des dispositifs d'oppression sociale constitués par la néo-évaluation. En somme, aux situations concrètes auxquelles ils sont confrontés pour résoudre les problèmes spécifiques de leur champ, se substituent des problèmes abstraits, formels, sécrétés par les exigences normatives des évaluations formelles et quantitatives : ce n'est plus la valeur d'une recherche qui compte mais la marque de la revue qui la publie. Il y a des domaines de connaissance et d'action où les ravages de ces dispositifs sont limités, voire quasiment sans conséquences, et d'autres où ils sont terrifiants car la rationalité pratico-formelle qui les inspire est incompatible avec la finalité spécifique des métiers auxquels elle s'impose ; notamment le soin, l'éducation, la recherche, la justice, le travail social, la culture, etc. Que peut bien signifier la qualité d'un soin réduit au tarif d'un acte qu'il rapporte à l'hôpital sachant que les plus techniques sont les plus payants ? Bref l'ensemble des métiers qui se sont insurgés au sein de l'Appel des appels, contre ces nouvelles procédures de normalisation et de contrôle ont alerté sur les conséquences dramatiques de ces notations imbéciles qui dénaturent les pratiques professionnelles, l'éthique des praticiens et dévalorisent la valeur de leurs actes en les réduisant à des chiffres bien souvent arbitraires ou inadaptés aux services rendus.

**Les individus semblent souffrir d'un trop grand pragmatisme et d'une société où l'on n'existe que par et pour le travail ?**

Tous les dispositifs actuels d'industrialisation, de normalisation et de conformisme des conduites aboutissent à ce que Walter Benjamin ou Pasolini ou Giorgio Agamben ont montré, chacun à leur manière, une « destruction de l'expérience » : « l'homme rentre chez lui le soir épuisé par un fatras d'évènements divertissants ou ennuyeux, insolites ou ordinaires, agréables ou atroces- sans qu'aucun d'eux se soit mué en expérience ». Qui pourra nous garantir que nous pourrions encore rêver dans le monde insomniaque de la vigilance autant sécuritaire que marchandisée, où on demande aux enfants de marcher au pas cadencé des évaluations scolaires avant même d'avoir eu le désir de faire un pas vers l'autre. Il est urgent de retrouver l'art de raconter nos expériences pour que les évènements que nous vivons se transforment en histoire vécue et partagée. Faute de quoi en perdant la parole et la fonction du récit, c'est le monde que nous avons en commun que nous perdrons, la capacité de transmettre, au risque de périr béats des prodigieux effets d'une civilisation technique et marchande des mœurs, et de sa cruauté.

**Le gouvernement a mis en place des procédures pour évaluer les risques psycho-sociaux et prévenir la souffrance au travail. Pensez-vous que c'est une bonne voie ?**

Aujourd'hui où notre culture s'éloigne toujours plus d'une conception tragique de l'humain au profit d'un modèle technique instrumental et économique, les prises en charge des souffrances psychiques et sociales s'éloignent toujours plus des pratiques de soins psychiques au profit d'une simple gestion des risques fondées sur l'épidémiologie des populations, leurs profils différentiels, leurs vulnérabilités sociales et génétiques, leurs dysfonctionnements neurocognitifs. C'est réduire le soin à un simple hygiénisme des populations, Tous les dispositifs sociaux autour de la souffrance au travail favorisent une présentation victimaire du travailleur, faute de pouvoir se présenter comme un salarié ou un entrepreneur qui réussit. C'est comme si la citoyenneté et la subjectivité dont le travailleur se trouvait dépossédé par la civilisation capitaliste, il n'était aujourd'hui autorisé à les retrouver que sous la forme de la plainte, de la passivité, de la victime. Or aujourd'hui la souffrance au travail est produite avant tout par la dépossession de la dimension artisanale des pratiques. L'humain est un animal symbolique autant que politique qui a besoin de trouver du sens à ce qu'il fait par la reconnaissance par autrui, par une expérience de compagnonnage. Ce besoin d'être relié, qu'assuraient traditionnellement les religions, est démoli par une culture technicienne et par l'idéologie de l'*homo economicus* propre à la société de consommation et de spectacle. Or ce désir de considération est très vif et il constitue un enjeu fondamental de la société qui vient."

**Peut-on encore alors parler de travail humain ?**

Il semblerait que non. Les pratiques professionnelles sont cassées en raison de la logique économique comme elle est à l'œuvre dans les métiers de la santé et de la recherche par exemple. Les machines et la production se dématérialisent, se numérisent de plus en plus féroce et l'assujettissement qu'elles exigent prescrit non seulement aux hommes de ne pas penser, de s'adapter aux signes informatiques sans

recourir à la pensée, mais encore, au fur et à mesure que s'impose la logique du capitalisme financier, les travailleurs doivent incorporer les normes et les formes symboliques sans aucun rapport avec les significations concrètes et réelles des objets et des pratiques de l'existence. Là où naguère les chefs devaient surveiller la docilité du travailleur à se soumettre aux fonctions essentielles exigées par la machine, aujourd'hui c'est l'organisation bureaucratique avec son traitement statistique des données et sa rhétorique d'expertise qui lui donne une légitimité permettant le développement infini de cette oppression sociale. Si nous ne voulons pas entrer dans l'avenir à reculons, il nous faudra retrouver la démocratie confisquée par la technocratie ou les illusions de la publicité.

**Que faut-il faire alors pour rendre aux hommes ce que vous nommez dans votre ouvrage "la dignité de penser" ?**

Il est urgent de retrouver le courant des relations humaines à l'intérieur d'une économie sinistrée par le taylorisme et le toyotisme. Désormais les chefs n'ont plus besoin de regarder les hommes dans les yeux pour donner des ordres : il leur suffit de montrer les chiffres. Or l'argent dépersonnalise les relations humaines, liquide la vieille société faite d'autorité, de servitude, de vassalité et d'adoubement. Il joue un rôle dominant dans les sociétés où les rapports de domination sont plus anonymes. Par le management de la peur, de la précarité et de la concurrence, le travailleur tend à devenir un "surnuméraire", en sursis, à l'instar de ces entreprises dont l'actionnaire est le seul patron. Il faut aussi retrouver le sens et l'histoire des métiers, accueillir ce nécessaire conflit des rationalités, potentiellement en germe dans tout discours, dans toute institution, pour ouvrir un véritable débat quant à la véritable valeur des activités mises en oeuvre. Faute de quoi notre société se réduirait à l'organisation des sociétés animales où l'individu n'est rien d'autre qu'une pièce détachée de l'espèce, réduit à la fonction qu'exige l'organisation collective du travail".

La colonisation des esprits par la nouvelle religion à prétention universelle, celle des "marchés financiers", de ses valeurs et de ses rituels techniques d'évaluation, provoque des désirs d'indépendance. Ces mouvements d'indépendance témoignent de la volonté humaine de ne pas être réduit à un animal ou à une machine. Mais cette "guerre" pacifique d'indépendance est d'autant plus difficile à mener que l'identification de "l'adversaire" est malaisée. Pire, l'adversaire est inconsistant, véritable caméléon, les valeurs sur lesquelles il appuie son autorité sont liquides et flexibles, dénuées d'idéaux et de convictions. Elles s'adaptent aux exigences de l'opinion publique pour maintenir une logique de domination propre à la culture du capitalisme financier qui confond évaluation et notation. Il est donc urgent de remplacer ces agences de "notations professionnelles" telles que l'ARS, l'AERES ou la Haute Autorité de Santé, bref tout ce qui ressemble aux dispositifs de contrôle et d'asservissement, dont les agences de notation financière sont les modèles, par des collèges d'évaluation démocratique associant professionnels et usagers. En d'autres termes convoquer la responsabilité des citoyens pour qu'ils se réapproprient la crise et apportent des solutions innovantes. Paul Éluard disait la nécessité de « ré-enchanter » le monde de demain.

---

[http://www.alternatives-economiques.fr/robert-castel--le-retour-de-l-insec\\_fr\\_art\\_633\\_63182.html](http://www.alternatives-economiques.fr/robert-castel--le-retour-de-l-insec_fr_art_633_63182.html)

## Robert Castel : le retour de l'insécurité sociale

Article Web - 13 mars 2013

**A l'occasion du décès mardi 12 mars 2013 du sociologue Robert Castel, qui avait si souvent collaboré avec notre journal, retrouvez une contribution de 2011 de ce grand spécialiste des questions de travail et de protection sociale, à propos de la nouvelle insécurité sociale.**

Vivre l'insécurité sociale, c'est être à la merci du moindre aléa de l'existence : une maladie, un accident, une interruption de travail, une péripétie inattendue dans le cours de la vie peuvent rompre le fragile équilibre de la succession des jours et faire basculer dans le malheur, voire dans la déchéance. A l'échelle de l'histoire, cette insécurité sociale a été la condition courante de ce que l'on appelait autrefois le peuple. " Vivre au jour la journée ", déployer des efforts permanents pour arriver à " joindre les deux bouts ", s'épuiser à essayer de " gagner son pain "... Tels ont été pendant des siècles les problèmes quotidiens de ceux qui n'avaient que le fruit de leur travail pour vivre ou pour survivre. Pas de réserves, pas de propriété, pas de bas de laine : la question se pose tous les jours de savoir de quoi demain sera fait. L'insécurité sociale, c'est cette impossibilité de sécuriser l'avenir, parce que la maîtrise de cet avenir dépend de conditions qui vous échappent.

Cette insécurité sociale qui a longtemps tissé d'une trame noire l'histoire populaire a finalement été combattue et vaincue grâce à la constitution d'un socle de réserves, un socle qui donne consistance au présent et permet de prendre en charge l'avenir : c'est la sécurité sociale. Ce socle de ressources a d'abord été constitué pour l'essentiel à partir du monde du travail, parce que c'était principalement la vulnérabilité de la condition de travailleur qui alimentait l'insécurité sociale. Mais, depuis que nous sommes entrés dans ce que l'on appelle " la crise ", c'est-à-dire depuis le début des années 1970, l'insécurité sociale revient. Ce retour est la conséquence d'une fragilisation des supports (des protections et des droits) qui sécurisaient le monde du travail. Mais c'est une insécurité sociale nouvelle, à la fois homologue et différente de l'insécurité sociale séculaire qui a profondément marqué la condition populaire.

## " Vivre au jour la journée "

Au commencement, donc, était l'insécurité sociale. Mais pas pour tout le monde. Schématiquement on pourrait dire qu'elle est l'affaire des pauvres. Mais qui sont les pauvres et quelle est exactement la relation entre pauvreté et insécurité ?

Pour la société préindustrielle européenne entre le X<sup>IV</sup>e et le X<sup>VII</sup>e siècle, les historiens s'accordent à penser qu'environ la moitié de la population pouvait être qualifiée de pauvre. La pauvreté est alors une condition structurelle et commune, dans laquelle les masses populaires sont installées en permanence. Mais c'est aussi souvent un état qui peut se dégrader. On peut, selon la forte expression de Pierre Le Pesant de Boisguilbert, "*ruiner un pauvre*" [1] : chacun peut subsister tant bien que mal sur le fil du rasoir, mais qu'arrive une mauvaise récolte ou un hiver particulièrement rigoureux qui entraînent "*une grande cherté*", et ce fragile équilibre s'écroule.

Sébastien Le Prestre de Vauban, qui fut aussi un observateur attentif des malheurs du peuple, souligne la relation étroite qui existe entre extrême vulnérabilité populaire et extrême fragilité des rapports au travail. Il évoque ainsi la situation d'un représentant des petits salariés de l'époque, journaliers, manœuvriers, "*gens de peine et de bras*" qui, à la ville ou à la campagne, luttent quotidiennement pour leur survie : "*Il aura toujours bien de la peine pour attraper le bout de son année. D'où il est manifeste que, pour peu qu'il soit surchargé, il faut bien qu'il succombe*" [2]. Je doute que l'on puisse trouver une plus juste évocation de l'insécurité sociale. Celle-ci est bien cette condition de fragilité permanente - la permanence de la précarité - qui marque le destin d'une bonne partie du peuple.

Dans un premier temps, au X<sup>IX</sup>e siècle, cette situation n'a pas substantiellement changé, bien que la révolution de la fin X<sup>VIII</sup>e siècle ait été aussi une révolution dans l'ordre du travail, en abolissant les corporations et en instituant le libre contrat de travail comme forme obligée de la relation salariale (le contrat de louage de la force de travail). Mais la dissymétrie du rapport de force entre l'employeur et l'employé est telle que les salariés sont condamnés à un salaire de survie. La conséquence, c'est la condition des ouvriers des premières concentrations industrielles connues, que l'on peut proprement qualifier d'épouvantable, à travers les descriptions du paupérisme. Les prolétaires perdent littéralement leur vie à essayer de la gagner. Mais les petits artisans déstabilisés par l'abolition des corporations, les travailleurs indépendants qui œuvrent en sous-traitance pour des marchands, les manœuvriers de toutes sortes qui se louent à la journée ne sont guère mieux lotis. Les salaires sont réduits au minimum, il n'y a aucune garantie de l'emploi et les travailleurs ne disposent d'aucun droit : "*L'ouvrier donne son travail, le maître paye le salaire convenu, là se réduisent leurs obligations réciproques. Du moment*

*qu'il [le maître] n'a plus besoin de ses bras [de l'ouvrier], il le congédie et c'est à l'ouvrier de se tirer d'affaire " [3].*

La stricte application des principes du libéralisme - le marché du travail comme un pur marché sur lequel on contracte " librement " - condamne impitoyablement les travailleurs aux conditions minimales de la survie. Ils sont de ce fait constamment en situation d'insécurité sociale et cet état, pour la plupart d'entre eux, va se prolonger très avant dans le XIXe siècle.

### **La sécurisation**

Comment est-on sorti de ces situations ? Quelles sont les conditions qui ont permis de dépasser cette insécurité sociale permanente ? Par le fait d'avoir attaché des protections et des droits au travail. Ce qui s'est imposé très difficilement, c'est l'idée totalement nouvelle que la propriété n'était pas le seul antidote à l'insécurité sociale.

On le savait depuis toujours : la propriété privée est le meilleur rempart contre l'insécurité. Celui qui a des biens est " couvert " contre les aléas de l'existence. Il pourra se soigner s'il tombe malade. Souvent il n'a même pas besoin de travailler, ou alors il pourra continuer à subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille si le travail fait défaut. La propriété est un coussin de ressources qui procurent la sécurité et de surcroît donne la respectabilité. En 1902, Charles Gide déclare ainsi : *" En ce qui concerne la classe possédante, la propriété constitue une institution sociale qui rend les autres à peu près superflus " [4].*

Il en résulte que l'accès à la propriété a d'abord été considéré comme la voie royale pour vaincre l'insécurité sociale. Au XIXe siècle, c'est l'opinion unanime des philanthropes et des élites politiques, conservatrices ou libérales. Ils se penchent sur le sort des " classes malheureuses " en leur prêchant inlassablement les vertus de l'épargne et de la prévoyance qui les sauveront de leur misère. Mais l'accès à la propriété est aussi une aspiration largement partagée dans les milieux populaires. La condition salariale est si misérable que nombre d'ouvriers ne rêvent que de pouvoir acheter quelques outils et de louer une échoppe pour " se mettre à leur compte ".

Ce point est à souligner. Pour que s'impose une autre réponse que l'accès à la propriété pour vaincre l'insécurité, il a fallu que lentement, difficilement, se généralise la prise de conscience que le salariat était une condition largement irréversible parce que son expansion était organiquement liée au développement du capitalisme industriel. Il est la forme d'organisation du travail qu'exige un mode de production commandé par le poids croissant de la grande industrie. Dès lors, on est placé face à un dilemme. Ou bien on laisse le salariat dans l'état de déréliction qui est le sien lorsque le travail est assimilé à une marchandise, mais c'est alors laisser s'installer et se développer au coeur de la société

moderne des masses de salariés qui, comme le dira Marx, " n'ont rien à perdre que leurs chaînes ", avec pour conséquence la subversion complète de l'ordre social par la révolution. Ou bien on consolide la condition salariale et elle devient un socle solide qui procure les ressources suffisantes pour assurer la sécurité des travailleurs.

C'est cette seconde solution qui s'est finalement imposée après un siècle de controverses, de luttes et de conflits parfois très violents. Ce fut comme une grande révolution silencieuse qui déboucha sur ce que l'on a appelé à juste titre " la société salariale ". Le travailleur non propriétaire est devenu propriétaire de droits qui lui donnent les conditions pour assurer son présent et maîtriser son avenir. On peut prendre l'exemple du droit à la retraite. Avant, l'avenir de celui qui est devenu trop vieux pour travailler ne pouvait être vécu que comme la menace d'un désastre : aller croupir à l'hospice pour indigents, par exemple. Avec le droit à la retraite, il ne vivra certes pas dans l'opulence, mais il disposera au moins des ressources minimales pour ne dépendre que de lui-même afin d'assurer ses besoins. S'il remplit les conditions requises, c'est-à-dire avoir travaillé et cotisé assez longtemps, il y a effectivement droit. Il est devenu propriétaire de droits.

Le droit à la retraite est un élément parmi un large éventail de protections qui vont être rattachées au statut de travailleur : droit à la santé, à l'indemnisation en cas d'accident ou de chômage, droit du travail qui donne des garanties contre l'arbitraire patronal, etc. Les principaux aléas de la vie se trouvent de ce fait " couverts ", comme on dit.

La promotion d'un véritable statut de l'emploi a été ainsi la base de la constitution d'un socle de ressources qui ont permis de juguler l'insécurité sociale. D'autant que cet éventail de protections ne va pas rester cantonné au monde du travail. Il couvre également les " ayants droit " du travailleur, c'est-à-dire son univers familial. Mais ces droits sociaux vont aussi s'étendre à pratiquement l'ensemble de la population, formant la base d'une " société assurantielle ", comme François Ewald l'a justement nommée [5].

### **La remontée de l'insécurité sociale**

Cette victoire sur l'insécurité sociale, point d'aboutissement d'un long processus commencé en France à la fin du XIXe siècle, paraît s'imposer pendant la période qui suit la Seconde Guerre mondiale jusqu'au début des années 1970. Elle est le produit de ce que l'on a appelé " le compromis social du capitalisme industriel ". Les intérêts du capital et des entreprises sont assurés, comme en témoigne le développement économique considérable qui a caractérisé ces années. En contrepartie, le monde du travail bénéficie de protections étendues : ce sera la promotion de cette sécurité sociale généralisée.

C'est ainsi que l'insécurité sociale a pratiquement disparu parce qu'elle s'est dissoute dans cet édifice de protection monté dans la société salariale. Il reste bien aux marges de cette société une sorte de sous-prolétariat constitué d'individus qui n'ont pas pu ou pas voulu se plier aux contraintes d'un travail régulier. On parle à leur propos d'un " quart monde ", comme s'il subsistait des îlots de sous-développement évoquant le tiers monde et perpétuant des formes anciennes d'insécurité sociale au sein de la modernité. Mais on pense aussi en général que ce sont des survivances archaïques en voie de résorption avec la poursuite du progrès économique et social.

La forme subtile d'équilibre entre les exigences de rentabilité du côté du capital et les exigences de sécurité du côté du monde du travail, à laquelle le capitalisme industriel était finalement parvenu, va se défaire avec la crise qui commence à faire sentir ses effets après le choc pétrolier de 1973. Une crise que l'on a interprétée dans un premier temps comme un blocage momentané de la croissance. Force a été cependant d'admettre, et le cataclysme financier de l'automne 2008 nous l'a récemment rappelé, qu'elle est beaucoup plus grave qu'une turbulence passagère. En fait, il s'agit d'un changement de régime du capitalisme lui-même, c'est la sortie du capitalisme industriel et l'entrée dans un nouveau régime, plus agressif, qui impose une concurrence exacerbée au niveau de la planète (mondialisation) sous l'hégémonie du capital financier international.

Cette dynamique impose de nouvelles manières de produire et d'échanger. Elle prend ainsi à contre-pied les systèmes de régulation qui s'étaient instaurés à la fin du capitalisme industriel et qui étaient au cœur de son compromis social. Une autre manière de dire que l'insécurité sociale est de retour. Elle est de retour parce que les digues qui avaient permis de la combattre se rompent, les droits et les protections qui avaient été attachés au travail s'affaiblissent et parfois disparaissent.

Cette insécurité est d'abord la conséquence d'une profonde reconfiguration des relations de travail. En même temps que le chômage s'installe, la précarité se généralise. La catégorie des travailleurs pauvres est réapparue depuis une quinzaine d'années dans notre paysage social. On peut à nouveau travailler et être sur le fil du rasoir pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille. On peut même, comme les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), être un travailleur employé, mais dans des conditions tellement médiocres qu'il faut être en même temps un assisté puisqu'on dépend pour survivre de l'allocation dispensée par les services sociaux. Les frontières entre le travail et l'assistance se brouillent.

On pourrait décrire longuement ces situations qui font qu'un nombre croissant de gens vivent ou survivent à nouveau " au jour la journée ". De telles situations ne sont pas absolument inédites. Elles sont cependant nouvelles à l'échelle de la séquence historique qui avait permis de vaincre l'insécurité sociale en construisant de la sécurité à partir du travail. Car cette insécurité contemporaine n'est pas

identique à l'ancienne. C'est une insécurité postérieure aux protections, une insécurité postérieure à la sécurité. Sans doute est-elle de ce fait plus difficile à vivre aujourd'hui qu'à une époque où l'insécurité sociale pouvait apparaître comme un destin commun et en quelque manière " normal " ou " naturel " parce qu'associé de tout temps à la condition populaire.

Elle est cependant à coup sûr encore plus injuste dans une société moderne développée, où le problème n'est plus celui de la pénurie des biens, comme lorsque la survie d'une bonne partie de la population pouvait dépendre d'un hiver rigoureux ou d'une mauvaise récolte. Aujourd'hui, le problème est plutôt celui de la répartition des richesses dans une société qui en produit effectivement beaucoup, mais selon l'esprit de ce nouveau régime du capitalisme en jouant la recherche du profit pour le profit à travers la mise en concurrence de tous contre tous. Dans cette perspective, les droits sociaux et les protections attachées au travail apparaissent comme des obstacles qu'il faut lever pour maximiser la compétitivité des entreprises et promouvoir le libre jeu du marché. Mais cette armature de droits - droit du travail et protection sociale - était les digues qui, comme le dit Karl Polanyi, " domestiquaient le marché ", et leur levée se paie de la remontée de l'insécurité sociale.

Ces analyses conduisent ainsi à penser que la seule manière de combattre cette remontée serait d'élaborer un nouveau compromis social. Un compromis qui doit être homologue, mais différent, de celui du capitalisme industriel entre les intérêts du marché qu'il faut bien prendre en compte s'il est vrai (et il est vrai) que nous sommes toujours en régime capitaliste. Et les intérêts du monde du travail mesurés en termes de sécurité et de protection.

*Article Web - 13 mars 2013*

#### NOTES

[\(1\)](#) Dans *Mémoires*, par Pierre Le Pesant de Boisguilbert, cité dans *Correspondance des contrôleurs généraux des finances*, éd. 1874, tome 2, p. 531.

[\(2\)](#) Dans *Projet de dîme royale* (1710), par Sébastien Le Prestre de Vauban, 1907, p. 78.

[\(3\)](#) Dans *De la charité dans ses rapports avec l'état moral et le bien-être des classes inférieures de la société*, par Charles-Marie Tanneguy Duchatel, 1829, p. 130.

[\(4\)](#) Dans *Economie sociale*, par Charles Gide, 1902, p. 6.

[\(5\)](#) Voir *L'Etat-providence*, par François Ewald, Grasset, 1986.

9 janvier 2013 | Jean Forest - New Richmond | Santé

## Itinérance et maladie mentale

### Un sursaut d'humanité : mon vœu le plus sincère pour 2013

Les malades mentaux sont tellement maganés, tellement malades? Tellement abandonnés, voilà le vrai problème.

Il y a de cela une éternité... en fait c'était le 24 décembre dernier (!), Le Devoir titrait à la une que les itinérants d'aujourd'hui sont tellement « malades », tellement maganés qu'une réinsertion sociale est exclue dans bien des cas. Une telle affirmation du directeur du journal de rue L'itinéraire à Montréal n'allume-t-elle pas une lumière dans votre esprit ? En vertu du régime de soins de santé universel et gratuit du Québec, tout le monde n'a-t-il pas le droit d'être soigné adéquatement ? Que se passe-t-il pour qu'un nombre croissant de citoyens québécois, jeunes très souvent, atteints d'un trouble mental persistant, voient leur avenir spolié et soient forcés de vivre dans la rue, la misère, la violence et la toxicomanie ? Est-ce vraiment cela que les Québécois et les Québécoises veulent en 2013 ?

Ce texte témoigne de l'itinéraire tragique d'une de ces personnes : il s'agit malheureusement de mon fils de 39 ans, schizophrène, qui a partagé le sort des sans-abri de Rimouski et qu'une autorité judiciaire quelconque a décidé de renvoyer, manu militari ou presque, chez ses parents il y a trois mois. Pourtant Dieu sait que sa famille a tout fait depuis 24 ans d'abord pour prévenir la progression de sa maladie et ensuite pour lui assurer des soins adéquats. Peine perdue, notre

système de soins en santé mentale, bien à l'abri derrière les murs des ailes psychiatriques de nos hôpitaux, a joué de toutes les astuces pour se dérober à ses obligations professionnelles et littéralement l'abandonner, lui et tant d'autres grands malades. L'article de Mme Isabelle Porter (que l'on peut lire à ledevoir.com) le démontre une fois de plus, le système actuel les condamne trop souvent à la rue ou les renvoie à la charge de leurs familles. Exemple patent d'une médecine à deux vitesses, déshumanisée et sournoisement privatisée.

Les propos de M. Lareault n'avaient rien de léger ou d'irréfléchi, lui et ses partenaires s'investissent corps et âme depuis une vingtaine d'années à reconstruire des centaines d'hommes et de femmes jetés à la rue. Malheureusement, a-t-il expliqué, leur tâche est de plus en plus lourde et ardue. Au point qu'il s'interroge sur la valeur des prix d'excellence que le ministère de la Santé et des Services sociaux leur a remis en 2004 et 2012. Comment se fait-il que cette entrevue n'a encore suscité aucune réaction publique d'un décideur ou d'un intervenant en autorité ? Le texte du Devoir s'est pourtant retrouvé dans toutes les revues de presse gouvernementales et sur les bureaux de la

première ministre et de son ministre de la Santé, non ? Il y a une réponse : la maladie mentale est une affaire classée au Québec depuis 1980. La mise au rancart du beau projet de désaliénation des ministres Laurin, Lazure et autres du cabinet Lévesque a entraîné des économies si astronomiques que l'on a posé une chape de plomb sur cette question du traitement de la maladie mentale et fait comme si ces dizaines de milliers de vies sacrifiées n'existaient pas. C'est pourtant une véritable honte, comme le rappelait Mme Lise Payette dans sa chronique du 4 janvier. Vraiment, est-ce cela que les Québécois et les Québécoises du printemps érable veulent en 2013 ?

Vous comprendrez qu'à titre de parent de deux enfants malades, je suis de ceux qui souhaitent un véritable réveil des consciences, un sursaut d'humanité, de compassion et de solidarité de la part de tous les Québécois et au premier chef de leurs dirigeants politiques. Je ne puis formuler de vœu plus sincère pour 2013.

### **Une vie bousillée et quel avenir ?**

Quelques dates et faits pour illustrer son parcours : 1974, nous adoptons des jumeaux, un garçon et une fille, à leur naissance ; 1989, première psychose de la fille et hospitalisation de trois mois à Montréal ; 1990, son jumeau est vu par une psychiatre de l'hôpital Notre-Dame par précaution ; 1991-1992, apeuré par la maladie de sa sœur, il décroche et alterne sans succès entre petits boulots et retours à l'école, frôle souvent la psychose ; 1993, il suit ses parents et sa sœur en Gaspésie ; souvent désorganisé, il est vu en psychiatrie mais n'est pas hospitalisé ; 1995-2002, il déménage à Rimouski où les manifestations psychotiques se poursuivent en crescendo, au point de forcer un internement plombé d'un diagnostic de schizophrénie paranoïde. Il a alors 28 ans ; 2002-

2006, psychoses à répétition, hospitalisations, interventions policières et judiciaires, erreurs techniques diverses, soit à Rimouski, soit en Gaspésie, où il se réfugie très souvent lorsque la crise s'annonce ; 2007, de moins en moins capable d'autonomie, il passe l'année avec nous et la termine par une tentative de suicide ; hospitalisation plus longue et prescription d'un séjour de six mois dans une ressource intermédiaire supervisée. La psychiatre accepte de ne pas lui imposer un régime médicamenteux obligatoire « parce qu'il ne le veut pas », tout comme elle l'autorise à quitter la ressource intermédiaire après trois mois « parce qu'il le demande ». Retour à Rimouski où, laissé à lui-même (sauf le soutien d'urgence de ses parents) et sans médicaments, il s'enfoncé graduellement dans la toxicomanie (jeu et alcool), le vagabondage et la criminalité de survie. L'aide sociale en profite pour amputer son chèque de montants élevés et lui plaque une dette de près de 14 000 \$. 2012, cumul d'interventions judiciaires, emprisonnement de six mois et imposition d'une probation jusqu'en avril 2013 avec quelques causes pendantes en prime.

Et dans quel état le retrouvons-nous début octobre ? Un être traqué, totalement désorganisé, très nerveux, bourré de tics et de manies, alcoolique, décroché de la réalité, en proie à des voix fortes mais qui ne semblent pas malignes, fumeur invétéré vivant de nuit, lugubre et peu communicatif. Aucune ressource ne peut intervenir, car il ne possède pas de dossier actif ici. Seule l'Aide juridique, qui a répondu avec beaucoup de compréhension à l'appel des parents, peut agir, mais au rythme imposé par le système judiciaire évidemment, soit en février prochain... peut-être.

Trois mois plus tard, mon fils reste dans le déni de sa maladie et sa capacité à toute forme

d'autonomie personnelle demeure amoindrie malgré les petits gestes réconfortants qu'il peut poser. Un baume sur un quotidien très difficile à vivre pour son entourage, mais une question terriblement douloureuse nous déchire le cœur : comment ce système, inapte à l'aider et à l'encadrer en 24 ans d'efforts soutenus de la part de sa famille, va-t-il l'intégrer maintenant ? Notre système de soins en santé mentale étant malade, il engendre injustice, inhumanité,

détresse, itinérance et criminalité. Cessons de nous fermer les yeux et réformons-le, le Québec en est capable et notre peuple n'en sera que plus grand.

Tellement maganés, tellement malades, tellement abandonnés... ça vous dit quelque chose de concret dorénavant ?

*Jean Forest - New Richmond*



<http://www.france.attac.org/archives/spip.php?article11540>

## **Souffrance Psychique et Environnement : Pour une Psychiatrie Alternative**

Article publié le 5/07/2010

Auteur-e(s) : [Olivier Labouret](#)

L'Humanité traverse une crise sans précédent, qui revêt trois aspects étroitement interdépendants :

- 1) Crise énergétique et climatique : le réchauffement planétaire lié à la consommation accélérée de ressources énergétiques qui d'ailleurs sont en train de s'épuiser ;
- 2) Crise économique : la course à la croissance effrénée d'un système libéral basé sur la consommation et le profit immédiats ;
- 3) Crise morale et sociale : l'altération du sens de l'existence individuelle, condamnée au repli sur soi en l'absence de projet d'avenir collectif réaliste.

C'est ce dernier aspect que je vais évoquer : pour quelles raisons l'individualisme contemporain est en crise ; en quoi la psychiatrie ne parvient plus à répondre à cette dégradation de la santé mentale dont les causes complexes sont environnementales ; comment seule une refondation sociale et politique des conditions écologiques de notre santé peut sortir l'être humain, individuellement et collectivement, de cette impasse historique.

---

## **LA CRISE DE L'INDIVIDUALISME CONTEMPORAIN**

### ***Les mutations socio-économiques en jeu dans le nouvel individualisme***

De nombreux philosophes et sociologues contemporains ont montré comment le nouvel individualisme est culturellement et historiquement déterminé. Ce processus complexe et paradoxal est celui d'un repli sur soi hédoniste de l'individu, amené à surinvestir son corps et sa vie imaginaire, et à accomplir de façon illusoire ses désirs immédiats : valorisation de la performance, techniques de « développement personnel », communication instantanée et virtuelle permise par les « nouvelles technologies », mise à disposition de biens de consommation toujours plus nombreux et attirants... Cet idéal d'un épanouissement personnel sans entrave, valorisé par une « culture du narcissisme » et « de l'éphémère » qui s'est développée à travers une « psychologisation du social » généralisée, produirait désormais des individus sans attache, sans profondeur, sans projection dans le long terme, hyper-conformistes, et dont l'existence est finalement vidée de tout sens authentique...

A cela plusieurs raisons :

- L'atomisation du lien social, liée à la précarisation d'un monde du travail concurrentiel centré autour du profit immédiat des actionnaires privés, poussant l'individu à une adaptabilité mouvante et dépersonnalisante ;
- L'influence des médias et de la publicité, qui imposent des modèles d'identification artificiels faisant miroiter à longueur de temps l'accessibilité d'un bonheur immédiat et avide ;
- Le brouillage des repères symboliques traditionnels avec l'éclatement de la cellule familiale et la disqualification de l'autorité paternelle, qui représentait symboliquement une instance extérieure immuable, l'interdit de la possession, la réalité du manque... ;
- L'influence hygiéniste des discours psychologiques et médicaux, à travers une « culture du psychologisme » (et de la culpabilité...) généralisée qui donne à cet idéal de soi narcissique l'apparence de la normalité psychique et sociale ;
- La fuite grandissante (ou le déni, indissolublement psychologique et culturel) devant la crise historique gravissime de la mondialisation libérale, et l'imminence d'une catastrophe écologique planétaire, renforçant encore le repli sur soi et la recherche d'un bonheur immédiat factice...

### ***Les symptômes psychiatriques de la crise de l'individualisme***

- L'augmentation régulière du nombre de patients suivis en psychiatrie, ainsi que l'augmentation régulière du nombre de patients hospitalisés sous contrainte (l'un et l'autre ont doublé en 10 ans). A noter que dans le même temps, le nombre de psychiatres ne cesse de baisser, et que leur épuisement professionnel ne fait que croître (taux de suicide supérieur à celui des autres spécialités...);
- La forte augmentation du nombre de nouveaux cas de dépression, en corrélation avec la dégradation des conditions socio-économiques d'existence ;

- Cependant le nombre de suicides stagne en France depuis 10 ans, après avoir fortement augmenté. On sait depuis DURKHEIM que le suicide est une problématique culturelle complexe liée à l'anomie (autrement dit à la crise des valeurs collectives) : son déplacement psychiatrique individuel a une fonction de réassurance sociale pouvant être efficace.

Durant la colonisation du continent américain, des épidémies de suicide ont été provoquées par l'acculturation brutale de peuples entiers. On assiste actuellement à un phénomène dramatique de cet ordre en Inde, où des milliers de fermiers se sont suicidés pour échapper à leur endettement auprès de multinationales agroalimentaires, fournisseurs exclusifs de semences et d'intrants agricoles... On peut évoquer également des suicides en série récents, chez les employés de l'usine Renault de Guyancourt comme à la centrale nucléaire de Chinon : dans les deux cas a été incriminée la dégradation déshumanisante des conditions de travail, marquée par l'accélération et la culpabilisation individuelle du rendement (au sein d'entreprises dont on perçoit bien d'ailleurs la nature écologiquement nocive). Exactement à la manière dont on déplace la problématique environnementale du cancer, le déplacement médical individuel d'une crise morale et économique provoquée par une mondialisation libérale sans scrupules sanitaires, ne peut pas être considéré comme politiquement neutre...

- L'augmentation de la prévalence des conduites addictives traduit également l'aggravation d'un mal-être individuel et diffus. Là aussi, la prise en charge psychiatrique est de plus en plus drastique, encadrée par tout un arsenal médico-légal : injonctions de soins envers les toxicomanes et les alcoolo-dépendants, dont la délinquance routière est de plus en plus sévèrement réprimée... Mais si la société se donne par là, à peu de frais, bonne conscience, elle ne s'attaque absolument pas aux racines socio-économiques de ce phénomène gravissime : lobbies du tabac et de l'alcool continuant en toute légalité à vendre leurs substances mortelles, réseaux maffieux supra-étatiques dominant une économie parallèle florissante blanchie dans les paradis fiscaux (et la production d'opium par l'Afghanistan n'a jamais été aussi forte que depuis que le pays a été « libéré » par une coalition menée par la très moraliste Amérique !) ;

- Enfin et peut-être surtout, l'apparition et la forte augmentation depuis une trentaine d'années de « nouvelles pathologies », regroupant les « troubles de la personnalité » dénommés selon les cas : border-line, narcissiques, psychopathiques et dyssociaux...

L'ensemble de ces « états limites » individuels est marqué par une symptomatologie parfois changeante, mais où l'on repère généralement les traits suivants :

- L'impulsivité et l'instabilité ;
- Les conduites toxicomaniaques variées ;
- L'intolérance aux contraintes et aux frustrations ;
- La perte du sens de l'existence avec sentiments de vide et de solitude ;
- Un conformisme de façade ;
- L'absence de « sens moral » avec conduites délinquantes et notamment vols (de produits de marque, de portables, de véhicules, etc.).

Ces « états limites », touchant surtout les jeunes et posant des problèmes récurrents d'agitation, sont devenus le lot commun des urgences psychiatriques - Ils ne restent pas longtemps hospitalisés car ils échappent rapidement aux modes de prise en charge psychiatriques institutionnels classiques, comme d'ailleurs à tout cadre socio-éducatif. Ils constituent aussi

quand ils se rassemblent, le lot commun des faits de société comme la violence des banlieues... De nombreux sociologues et psychiatres voient dans l'explosion de ces « nouvelles pathologies », le signe le plus inquiétant de l'avènement de cet individualisme narcissique et amoral culturellement déterminé, et qui se généralise sans doute sous des formes plus policées. Et l'interprétation psychologique et médicale de ce phénomène social relève d'une tragique erreur de jugement : car cette jeunesse qui ne supporte plus la frustration, dont l'existence est vidée de sens, qui tantôt se conforme passivement tantôt se révolte violemment, exprime justement le malaise de la culture du psychologisme, la faillite des valeurs socioculturelles portées par le néo-libéralisme et le mythe du progrès techno-scientiste, valeurs profondément anti-sociales et déshumanisantes, à commencer par le mirage de la consommation immédiate de ses désirs... Cette mutation et cette extension des phénomènes pathologiques individuels révèle en définitive la crise de l'individualisme contemporain, une crise socioculturelle et éco-systémique complexe, à laquelle les réponses psychologisantes et médicales sont aujourd'hui largement débordées et inopérantes.

## **LA CRISE DE LA PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE**

### ***Survol de l'histoire de la psychiatrie***

Deux idéologies redoutables sont en train de contaminer la psychiatrie contemporaine, et plus insidieusement encore la pensée de chacun d'entre nous : le comportementalisme et le scientisme, qui s'unissent pour proposer une vision purement fonctionnelle de l'homme qui répond parfaitement aux intérêts technocratiques du libéralisme triomphant (pas pour longtemps, soyons en sûrs, réalité écologique oblige...). Pour faire court : le comportementalisme, c'est la théorie selon laquelle l'individu peut être conditionné à obéir ; et le scientisme, c'est la théorie selon laquelle le comportement de l'individu trouve son origine dans son cerveau.

Ces deux grands courants de pensée ont traversé toute l'histoire de la psychiatrie, comme l'ont montré un certain nombre d'auteurs. Peu après la révolution française, avec l'avènement d'une morale laïque positiviste, il est devenu question en effet, avec le « traitement moral » des aliénés, « d'armer les individus contre eux-mêmes » (comme l'a énoncé MOREL), autrement dit de psychologiser et de médicaliser les écarts de conduite par rapport à la norme sociale.

Et à chaque révolution culturelle de la modernité occidentale, ce mouvement s'est accentué : après la première guerre mondiale, ainsi, FREUD a orienté sa théorie psychanalytique vers un projet idéologique évolutionniste : remplacer l'illusion religieuse par la psychologie, pour permettre par « l'intériorisation de la contrainte externe », l'accomplissement du « Progrès de la Civilisation ». Après la seconde guerre mondiale, la sociologie de l'action et la psychologie comportementale proprement dite sont intégrées aux savoirs déjà constitués : pour cette psychiatrie dite « sociale » reconnue par l'OMS en 1958, il s'agit désormais de renforcer par tous les moyens possibles de persuasion psychologique « l'adaptation sociale » de chacun et de tous.

Cette évolution historique d'une psychiatrie devenue l'instrument du contrôle social des comportements individuels, trouve sa consécration avec la généralisation dans les années 80 des classifications mondiales d'inspiration anglo-saxonne (CIM 10 et DSM IV aujourd'hui), qui se prétendent parfaitement neutres, mais sont en fait basées sur une idéologie utilitariste de l'Homme, celle de la mondialisation des valeurs libérales, niant toute diversité culturelle et toute différenciation individuelle : c'est le bon « fonctionnement » socio-professionnel du sujet, qui définit désormais sa normalité...

Parallèlement, les progrès de la neurobiologie et de la génétique, soutenus par l'industrie médico-technique et pharmaceutique, cherchent sans relâche la cause organique des maladies mentales, en oubliant que le discours médical ne représente jamais qu'un modèle opératoire descriptif, et que le cerveau est un organe de relation polysensoriel. Egalement sous prétexte d'objectivation scientifique, le langage clinique et universitaire le plus courant emploie à longueur de

publications les notions de « vulnérabilité », de « fragilité », de « réaction » à des « facteurs de stress » ou à des « événements de vie », « d'adaptation de la réalité interne à la réalité externe » : la réalité sociale, historique, économique est considérée abusivement comme une donnée absolue à laquelle il serait « naturellement » normal de se conformer ; le sujet se retrouve artificiellement dissocié de son expérience vécue, autrement dit de son environnement.

Ainsi a-t-on assisté ces vingt dernières années à l'avènement d'une psychiatrie totalisante se disant « pragmatique », dernière révolution pseudo-scientifique dont les interprétations causalistes et chosifiantes, dominant une grande partie de la profession (sinon « l'ordre post-disciplinaire » de l'humanité entière !), cherchent à déplacer en vain la crise culturelle de la mondialisation capitaliste à l'intérieur même du psychisme individuel. Que cette mystification idéologique à laquelle se prête le discours médical et psychologique ne soit pas un vain mot, mais dirige désormais bel et bien nos consciences, altérant le sens même de l'existence individuelle, c'est ce que sa généralisation actuelle doit nous faire craindre.

### ***L'extension démesurée du champ de la psychiatrie contemporaine***

Alors que ses moyens stagnent ou diminuent, les missions de la psychiatrie ne cessent de s'étendre. Comme si, à l'état limite d'une personnalité individuelle vouée à la perte de ses repères symboliques, faisait écho l'absence de limites d'un savoir et d'une institution à l'omnipotence si magique que la société leur demanderait désormais de faire tout et n'importe quoi !

Quels sont les symptômes de cette extension illimitée du domaine de la psychiatrie ?

- L'élargissement du champ de ses interventions, on l'a vu, aux « nouvelles » pathologies que constituent les troubles dits « de la personnalité » (« limites » et autres), ainsi qu'aux états anxio-dépressifs même peu sévères, mal définis et en relation directe avec l'environnement du sujet (troubles de l'adaptation, réactionnels ou post-traumatiques ; troubles anxieux généralisés ou phobies sociales, etc.). Notons que la France est le pays au monde où la consommation de médicaments psychotropes, et surtout d'antidépresseurs, est la plus forte... ;
- L'extension de missions médico-légales variées : « obligations de soins » à la seule appréciation des juges et pour les motifs les plus divers, bien souvent comme seule alternative à une peine de prison ferme ; renforcement depuis l'adoption de la loi dite de prévention de la délinquance des « injonctions de soins » aux toxicomanes ; missions d'expertise de plus en plus nombreuses ; « injonctions de soins » aux agresseurs sexuels... Il faut souligner ici que la prise en charge psychiatrique des délinquants sexuels, généralisée depuis la loi de 1998, constitue l'exemple type de la dérive de notre pratique soignante vers une méthode de prévention et de « traitement » de conduites déviantes purement morales et sociales. Son efficacité n'est en rien thérapeutique au sens individuel (et évaluable) du terme, mais cela permet de donner bonne conscience à la société en déresponsabilisant les conduites déviantes en question par l'artifice du déplacement médical ;
- Le même processus de déculpabilisation sociale est à l'oeuvre dans la médicalisation de l'interdiction de détenir une arme (depuis la tuerie de Nanterre), le développement de la psychiatrie pénitentiaire (qui ne peut occulter totalement le scandale des conditions de vie carcérales), ainsi que dans celui de la psychiatrie de catastrophe (« cellules médico-psychologiques d'urgence », dont l'utilité paraît surtout reconnue par les présentateurs des journaux télévisés, pour servir de transition avec un sujet moins brûlant !) ;
- La mode médiatique, justement, des discours « psy », perceptible aussi bien dans les « reality show » voyeuristes, où interviennent certaines vedettes de la profession préférant manifestement les feux de la rampe à leur cabinet de consultation ; que dans des expressions journalistiques parfois surréalistes. On retiendra en particulier la définition particulièrement significative de la « bonne santé » des indices économiques par le « moral des ménages »... ;

- La proposition dans un rapport de l'INSERM heureusement décrié, de procéder à un dépistage des troubles des conduites chez le jeune enfant, censé permettre de prévenir l'apparition ultérieure de conduites délinquantes. Depuis lors cependant, l'adoption effarante d'une loi de « prévention de la délinquance » qui a bien failli, ce n'est que partie remise, démedicaliser les procédures d'hospitalisation d'office et durcir leur surveillance. Cela traduit bien une volonté politique d'instrumentaliser la psychiatrie à des fins de contrôle social renforcé des individus ;
- Comme on l'a vu, l'usage universel de classifications ethnocentriques des maladies mentales décrivant l'ensemble des « troubles du comportement » par référence à une norme sociale fonctionnelle éminemment conformiste, sans rapport (on va le voir) avec la véritable santé subjective ;
- L'hégémonie neurobiologique et pharmacologique de la recherche fondamentale en psychiatrie, avec le soutien économique de l'industrie pharmaceutique ;
- La remise en cause du secret médical à travers l'informatisation galopante des données à caractère personnel concernant les patients, dont la confidentialité n'est en rien garantie ;
- Et pour couronner le tout, la réforme en cours de « la nouvelle gouvernance hospitalière », appliquant à la psychiatrie publique les règles de la gestion d'entreprise : avec la tarification à l'activité (la fameuse T2A), ce ne sont plus les besoins réels de la population qui sont pris en considération, mais la rentabilité immédiate d'activités évaluées selon leur moindre coût social, ce qui entraînera une sélection concurrentielle des patients. Cette politique techno-économique à courte vue, encadrée par une comptabilité draconienne et un contrôle informatique omniprésent, sera renforcée en outre par la précarisation du statut des praticiens, qui seront bientôt recrutés et révocables par le directeur de l'hôpital. Leur raréfaction contribue déjà à favoriser une mutation inexorable vers une psychiatrie simpliste, centrée sur le seul symptôme comportemental et son traitement chimique, annihilant toute réflexion philosophique sur le sens et l'éthique du soin, et la complexité systémique des phénomènes psychopathologiques... Tous ces faits réunis vont bien dans la même direction mortifère : l'évolution techno-scientiste accélérée de la psychiatrie, déplaçant vers la sphère privée les dysfonctionnements du système socio-économique, aux fins d'achever de conformer les consciences individuelles aux normes du complexe médico-industriel et de la mondialisation libérale.

### **POUR UNE REFONDATION ECO-SYSTEMIQUE DE LA PSYCHIATRIE**

#### ***Une autre psychiatrie est possible !***

Trois courants de pensée ont remis en cause au cours du vingtième siècle, l'idéologie comportementaliste et scientiste à l'œuvre dans la psychologie et la psychiatrie contemporaines, et qui dissocie artificiellement le sujet de son environnement socio-historique (ce qui tend d'une part à renfermer la subjectivité dans un pseudo-individualisme qui a été qualifié par de nombreux penseurs contemporains de schizoïde ou narcissique, et d'autre part à favoriser la perpétuation d'un système socioculturel qui se coupe peu à peu du réel).

1- L'anthropologie systémique, issue de la théorie générale des systèmes inspirée par la thermodynamique, est appliquée en psychiatrie depuis les travaux de BATESON (« Vers une Ecologie de l'Esprit », 1971) : le sujet est en interaction avec son environnement, la psychose est liée à une communication sociale paradoxale où le discours contredit la réalité (théorie du double lien). Norme sociale et pensée subjective, contrôle social et traitement psychiatrique sont de types logiques différents : en aucun cas ils ne doivent être confondus, sinon c'est le système entier qui devient pathologique.

2- L'anthropologie structuraliste, qui a inspiré la psychanalyse de LACAN ainsi que l'ethnopsychiatrie, et toutes les sciences humaines de la « post-modernité » : le psychisme de l'individu est dans un rapport de structuration symbolique avec la

culture dont il dépend. Le sens médical et psychologique que la société donne aux manifestations de déviance individuelle ne constitue jamais qu'un système symbolique parmi d'autres. Comme l'a écrit LEVI-STRAUSS dans une formule fameuse : « dans toutes ces conduites en apparence aberrantes, les malades ne font jamais que transcrire un état du groupe (...) ; s'ils n'étaient pas ces témoins dociles, le système total risquerait de se désintégrer... ».

3- La phénoménologie de l'existence est un courant philosophique indémodable, selon lequel c'est la perception qui prescrit le sens des choses, l'intentionnalité de la conscience qui fonde la réalité (HUSSERL). Ce courant donnera jour à une description originale des phénomènes psychopathologiques. Pour la phénoménologie, par définition, la subjectivité ne peut avoir de définition objective, sauf à se baser sur des préjugés moraux et sociaux, et c'est tout le paradoxe de la psychologie et de la médecine mentale positive, que d'essayer vainement de les occulter depuis deux siècles.

Ces trois grands courants de pensée philosophiques, qui ont chacun débouché sur des applications psychothérapeutiques concrètes, permettent une saine remise en cause de la confusion qui a fini par contaminer le savoir psychiatrique : c'est l'ensemble du système symbolique médico-psychologique qui est aujourd'hui en crise et devrait être repensé... Car la santé mentale est en fait une notion fondamentalement écosystémique : comme l'a expliqué CANGUILHEM (« Le Normal et le Pathologique », 1945), la santé consiste en un équilibre dynamique entre l'être vivant et son milieu, elle est création de normes nouvelles. Le sens de la subjectivité réside dans la transformation du monde, par une action libre et authentique (non dénuée d'angoisse) ; elle n'est en aucun cas conformité au sens commun ou aux normes établies.

Cette définition éthique et philosophique de la santé mentale est donc totalement à l'opposé de sa définition socio-comportementaliste, illusion rassurante basée implicitement sur un présupposé statistique (la déviance par rapport à la norme commune est anormale), et qui masque le contrôle social qui s'exerce forcément sur chaque individu pour qu'il se soumette aux règles collectives.

L'existence subjective comme liberté d'action dans le monde ne peut cependant avoir conscience d'elle-même, qu'en éprouvant sa double limite : l'ordre symbolique du langage d'abord (la problématique de la castration est la métaphore de ce manque à être fondamental), l'écoulement du temps ensuite (la réalisation d'un projet d'être qui, sans cesse, est différé). En définitive, on comprend bien que la santé mentale, profondément anti-conformiste et anti-individualiste, se définit par la capacité à transcender son existence personnelle par la réalisation de valeurs qui ne trouvent leur fondement que dans l'Autre, et que dans l'Avenir, bref dans un projet social et politique personnel. La conception humaniste de LEVINAS (« l'avenir c'est l'autre ») rejoint par là celle de JONAS, ce philosophe écologiste pour qui la responsabilité morale de chacun d'entre nous est de transmettre à nos descendants un monde dans lequel ils puissent à leur tour éprouver pleinement leur liberté...

C'est cette éthique de la subjectivité comme liberté inaliénable que chaque psychiatre, chaque citoyen, se doit aujourd'hui de revendiquer, contre la dictature de la normalisation technocratique et marchande !

### ***Des réformes urgentes et concrètes***

Si l'on veut sortir le système de soins psychiatrique de l'impasse, il convient désormais de différencier clairement les trois niveaux logiques auxquels il se réfère : le premier en tant que savoir médical ; le deuxième en tant qu'institution sociale ; le troisième en tant que mode de compréhension écosystémique de la souffrance psychique (parce que les troubles individuels témoignent forcément d'une tension socioculturelle croissante : à titre d'illustration, l'analogie est frappante entre l'accélération du « temps vécu » du maniaque, dépensant sans compter son énergie et son argent pour fuir devant la conscience dépressive de la mort, et la croissance exponentielle d'une économie et de moyens de communication hyper-individualistes (téléphonie, internet, transport automobile, etc.), entièrement tournés vers la consommation immédiate.

1) En tant que savoir médical, la psychiatrie doit absolument abandonner toute référence idéologique, même implicite, au contrôle social des conduites déviantes. Cela implique :

- Une délimitation précise des pathologies, basée sur la tradition clinique européenne (les classiques syndromes psychotiques et névrotiques), et excluant toute référence aux troubles du comportement et de la personnalité (abandon des classifications soi-disant internationales) ;
- La préservation stricte du secret médical (seule garantie d'une relation thérapeutique authentique car de confiance), et de l'indépendance professionnelle à l'égard des pouvoirs économique et politique ;
- Une formation et une recherche indépendantes de l'industrie pharmaceutique, et ouvertes sur la sociologie, la philosophie et l'histoire des sciences.

2) En tant qu'institution ensuite, la psychiatrie doit être également débarrassée de toute fonction occulte de contrôle socio-économique, ce qui nécessite :

- Une prise en charge parfaitement restrictive et transparente de certaines déviances comportementales (on pense aux états d'agitation toxicomaniaques ou psychopathiques), abandonnant toute référence à un savoir d'ordre médical ;
- L'abandon de la « nouvelle gouvernance hospitalière » et de toute « valorisation de l'activité », qui visent à privatiser le service public : maintien au contraire d'un budget global égalitaire défini en fonction des besoins réels de la population, ce qui nécessite une réelle démocratisation des instances de décision ;
- La plus grande vigilance quant à l'informatisation des données personnelles concernant les patients ;
- Une réforme de la loi de 1990 sur l'hospitalisation sans consentement, dont les motifs médicaux doivent être clairement redéfinis ;
- L'abrogation de la loi de 1998 sur la prise en charge psychiatrique des agresseurs sexuels ;
- L'abrogation de la loi totalitaire dite de « prévention de la délinquance ».

3) Enfin, en tant que mode de compréhension systémique complexe, la psychiatrie doit rester ouverte sur l'environnement écologique et socio-économique dans lequel le mal-être individuel et collectif prend son sens, à travers :

- Le libre accès à des psychothérapies diversifiées ;
- Une identification à visée préventive des facteurs environnementaux de la souffrance psychique : pauvreté économique, pression urbaine, moyens de transports inadaptés à la communication sociale, pollution atmosphérique et sonore, mauvaises conditions de logement, dégradation des conditions de travail (précarité, chantage au licenciement, médicalisation des arrêts de travail, harcèlement, etc.) ;
- Cette identification permettra la mise en œuvre d'une politique socio-environnementale ambitieuse de lutte contre l'isolement psychologique : programmes de recherche sur les effets nocifs des « nouvelles technologies » de l'information (télévision, téléphonie, jeux vidéo, etc.) ; politiques de transport, de logement et d'emploi ; développement des solidarités locales, associatives, économiques ; etc.
- La préservation du secteur psychiatrique, garant d'une distribution égalitaire de soins de proximité, et d'une politique solidaire de réseau pluri-disciplinaire centrée sur la prévention et l'éducation sanitaire ;

• Le développement de la représentativité citoyenne (associations d'usagers, syndicats professionnels...) et de la démocratie participative, à tous les échelons où se décide la politique du service public de psychiatrie (création de Conseils de Santé nationaux, régionaux et de pays).

### **CONCLUSION**

Il est grand temps de stopper la dérive de la psychiatrie vers une méthode de contrôle social obéissant aux intérêts de la mondialisation libérale, et de redonner à la conscience individuelle le plein exercice de sa responsabilité éthique et citoyenne. Pour construire un nouveau rapport individuel et planétaire à l'Autre et au Temps, symbolisé par la préservation de notre milieu naturel. Et guérir enfin de la folie de la croissance et de la consommation. Utopique, un tel projet ? Peut-être... Mais le choix n'est-il pas désormais, plus encore qu'il y a trente ans, quand René DUMONT donna corps à l'écologie politique, entre « l'utopie ou la mort » ? « There is no alternative » : Margaret THATCHER, l'égérie des ultra-libéraux, ne croyait pas si bien dire !

---