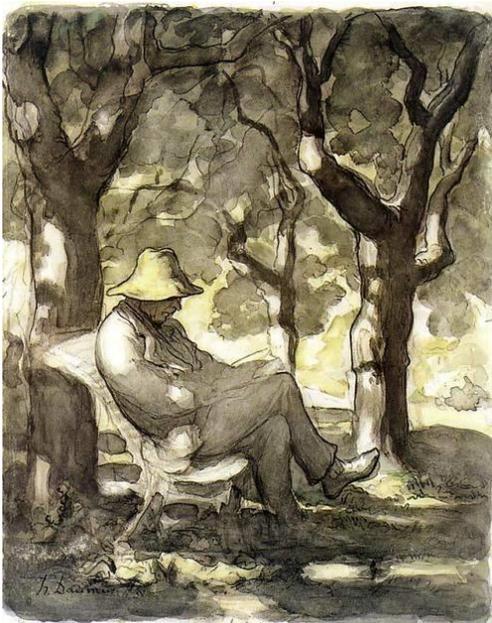


Revue de presse critique en santé mentale Janvier 2016

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

Cette revue de presse critique aborde les sujets suivants : Psychiatrie et médication, Jeunes et santé mentale et Vision et pratiques alternatives

**Les articles ont été colligés par Robert Théoret.
15 janvier 2016**



Nous vous invitons à utiliser les articles de cette revue de presse pour organiser des activités d'échange et de réflexions avec vos membres et vos personnes intervenantes.

Table des matières

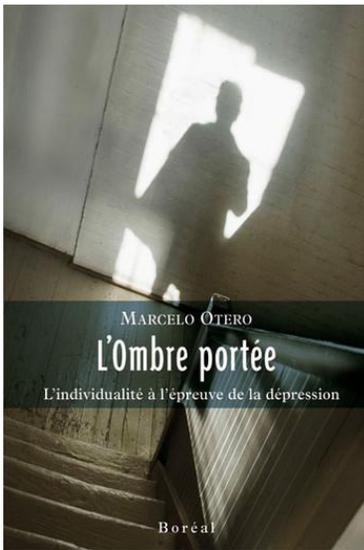
La dépression : une vraie maladie?	3
Manque d’approches alternatives en santé mentale	7
The Social Cure For Mental Illness	9
Libre opinion - Chronique d'un père indigné	12
L'histoire de la folie selon Foucault.....	14
Le Dr Marc Girard alerte sur les dangers des psychotropes	15
Trouble bipolaire : la manie se cache souvent derrière la dépression	17
Trouble bipolaire : efficacité de psychothérapies spécifiques.....	19
La crise du milieu de vie, un nouveau départ ?.....	19
La psychiatrie dans la ligne de mire de la Scientologie	23
TDAH et la médicalisation des enfants	25
Et si l’hyperactivité n’existait pas?	26
“L’école doit redevenir un lieu qui stimule l’esprit créatif et le bonheur d’exister”	28



<http://www.acfas.ca/publications/decouvrir/2014/02/depression-vraie-maladie>

La dépression : une vraie maladie?

Février 2014 | Marcelo Otero | Université du Québec à Montréal



L'individu humain, peu importe sa singularité, ne souffre pas comme il le veut. Même s'il souffre somme toute individuellement et que certaines dimensions de sa souffrance resteront à jamais dans son for intérieur, la grammaire de sa souffrance ne lui appartient pas : elle est à tous et à personne.

L'épidémie de dépression illustre l'extrême de cette logique. On assiste à une souffrance psychique de masse et à une prise d'antidépresseurs comme thérapie quasi universelle. Et on se retrouve avec un paradoxe qu'on ne remarque plus : on n'a jamais pris autant d'antidépresseurs et on n'a jamais été autant déprimés. L'univers du travail est au cœur de cette tragédie, car en l'état de notre civilisation, le « bien-être » social passe essentiellement par cette voie.

La souffrance psychique

La souffrance psychique, ainsi que les manières de la combattre, la gérer ou l'accueillir (de la religion à l'antidépresseur en passant par le masochisme) sont à la fois un lieu de rencontre et un socle collectif. Tantôt, elles permettent la reconnaissance mutuelle réconfortante, tantôt l'assignation inquiétante dans les multiples figures du pathologique.

Toutefois, qu'est-ce que souffrir peut bien vouloir dire quand tout le monde souffre et, de surcroît, semble vouloir et devoir en parler? S'agit-il seulement de l'effet de l'extension du soin psychique à de larges catégories de personnes auparavant exclues? Le policier et le délinquant, le pompier et le sinistré, le col bleu et le riche homme d'affaires étalent au grand jour les détails de leur souffrance, la nomment, la communiquent, la partagent, la réfléchissent.

La souffrance psychique « fait société » comme jamais auparavant. Elle semble en effet « unifier » l'inégalité des individus, mieux que l'impersonnel humanisme juridique des droits de l'homme, devenu plus détaché des expériences concrètes de chacun.

Un phénomène de masse

La dépression s'assimile toutefois mal à ce seul registre vague de la souffrance, à la fois sociale et psychologique, qui va des effets négatifs du stress quotidien aux passages à l'acte les plus spectaculaires en

«La dépression et les antidépresseurs se sont imposés en tant que nouveau tandem emblématique de la souffrance sociale contemporaine.»

passant par les séquelles ravageuses du harcèlement psychologique en milieu de travail. Elle ne se résume pas seulement à un état subjectif de malheur ou de tristesse ordinaire, grave ou moins grave, normale ou pathologique, vieux comme le monde et coextensif de toute expérience humaine. Dans la dépression, il existe quelque chose qui est à la fois de profondément contemporain et socialement emblématique

autant dans sa forme que dans sa prévalence imposante. Un mal fort répandu, institutionnellement reconnu, normativement balisé et socialisé jusqu'à la plus déroutante des familiarités appelle souvent un remède qui partage les mêmes caractéristiques.

Tout comme le furent jadis la névrose et la psychanalyse, la dépression et les antidépresseurs se sont imposés en tant que nouveau tandem emblématique de la souffrance sociale contemporaine et de ce qu'on doit faire pour la traiter.

Des antidépresseurs mur à mur

Au Canada, au chapitre des motifs de consultations médicales, la dépression se classe au troisième rang, après l'hypertension et le diabète, avec un chiffre effarant de 8 millions de consultations par année¹. Le traitement de choix pour la combattre est sans conteste l'antidépresseur. Celui-ci se hisse au premier rang de toutes les catégories de médicaments délivrés par des pharmacies avec 34 millions d'ordonnances annuelles exécutées² (IMS Brogan, 2011). Ce sont les médecins généralistes à plus de 80 % qui la diagnostiquent³ avec une aisance remarquable et délivrent les molécules thérapeutiques avec une rapidité étonnante. Après tout, ne s'agit-il d'un mal général que tout le monde peut subir et reconnaître de soi-même?

Scientifiquement suspecte, mais socialement costaud

À première vue, on pense savoir de quoi il s'agit dès lors qu'on s'en remet aux logiques épidémiologiques lancinantes de régularité, aux nosographies psychiatriques descriptives qui dessinent d'une main sur l'atlas humain du « mental pathologique » et aux essais cliniques pharmaceutiques qui légitiment les effets bénéfiques des antidépresseurs. De plus près cependant, tout devient nébuleux et rien ne semble tenir sans sérieuses mises en garde : ni les définitions établies du mal éprouvé, ni les causes évoquées pour l'expliquer, ni les circonstances qui sont censées l'entourer et lui donner un sens, ni encore les effets escomptés des médicaments que l'on affirme obstinément spécifiques et thérapeutiques.

«Sociologiquement parlant, le déprimé contemporain est moins un individu triste qu'un individu fatigué (l'action est en panne) et démotivé (l'envie n'est plus là).»

Ce que l'on croyait scientifique, familier et évident, devient suspect, inconfortable et inexplicable lorsqu'on s'y attarde de manière systématique hors des logiques purement médicales. Toutefois, rien n'y fait, le tandem magique « dépression-antidépresseur » règne admirablement à l'échelle du social : la prévalence des dépressions ne fléchit pas, la consommation d'antidépresseurs non plus.

La tempête parfaite

Lorsqu'on y pense, tout s'est passé très vite. Au cours des années 1950 la dépression n'était qu'un symptôme perdu dans les manuels de psychiatrie (DSM I, 1952) pour en devenir en quelques décennies seulement le trouble mental vedette que l'on connaît (DSM IV-TR) et que l'on craint à la fois pour ses effets ravageurs tant sur les individus que sur l'économie (absentéisme, coût du remboursement des médicaments, affaiblissement de la main d'œuvre par la chronicisation des états dépressifs, etc.).

La popularité actuelle de la dépression (et de plus en plus des anxiodépressions⁴ comme souffrance psychique de masse) et de ses remèdes institutionnels (surtout les antidépresseurs de masse) s'inscrit dans un contexte sociétal large qui lui sert de terreau fertile. Pensons seulement à la montée de l'individualisme de masse, à la friabilité des supports sociaux, aux profondes transformations des configurations familiales, à la démultiplication des exigences de performance sur tous les plans et à la consécration du travail comme méta-valeur suprême de l'existence sociale (Martuccelli, 2010).

Toutes ces transformations sociales sont étroitement en phase avec les deux grands symptômes empiriques dont souffre le déprimé contemporain : « ne pas pouvoir » et « ne pas pouvoir vouloir ». En effet, sociologiquement parlant, le déprimé contemporain est moins un individu triste qu'un individu fatigué (l'action est en panne) et démotivé (l'envie n'est plus là).

L'univers du travail au centre de ce mal-être

Dans une société où la dépression est la figure de proue de la nervosité sociale, le lieu typique des tensions de l'individualité, c'est-à-dire la manière sociale d'être un individu aujourd'hui (Otero, 2003), est avant tout l'univers quotidien du travail.

«Hors de l'univers du travail, point de salut social : voilà le drame auquel la dépression nous confronte quotidiennement.»

C'est surtout dans ce contexte que les limites de l'individu sont testées en permanence⁵. Jusqu'où peut-on aller? Jusqu'où doit-on aller? Quelle cadence peut-on maintenir et pour combien de temps? C'est là une autre manière de se

demander à soi-même, sous la menace permanente du déclassement social, qui on est et quelle place sociale on est capable d'occuper et de conserver.

L'individu déprimé se trouve seul aux prises avec un problème majeur qui menace le fondement même de son existence sociale : sa capacité d'action est sérieusement entravée. Dans un monde où les assurances sociales sont inégalement distribuées et où les positions statutaires peuvent se fragiliser en cours de trajectoire, la panne de l'action et synonyme, à terme, de mort sociale. Hors de l'univers du travail, point de salut social : voilà le drame auquel la dépression nous confronte quotidiennement.

La dépression : un objet pour les psychiatres et les sociologues?

Dans le cas de la dépression, le statut des symptômes qui prétendent l'expliquer font partie du débat entre sociologues et psychiatres : sous quelles conditions un dysfonctionnement social peut-il être considéré comme un symptôme médical et capté légitimement par la psychiatrie dans le cadre d'un trouble mental spécifique? Sous quelles conditions un symptôme doit-il être démedicalisé et restitué à l'univers des tensions sociales ordinaires?

Pour la psychiatrie contemporaine, la dépression est un syndrome, c'est-à-dire un ensemble cliniquement significatif (signes et symptômes) « associé » à une souffrance ou à un dysfonctionnement social. Toutefois, rien dans les argumentations de la psychiatrie actuelle (du déficit de tel ou tel neurotransmetteur à la génétique défailante) ne permet de comprendre pourquoi tant de personnes se sont mises à dysfonctionner dans la figure syndromique de la dépression. Comment expliquer la résonance extraordinaire des mêmes signes, symptômes, souffrances et dysfonctionnements chez des millions d'individus partout en Occident et de plus en plus ailleurs? La compréhension des racines sociales de cette « démocratisation » dépressive, qui nous touche tous et toutes, revient à la sociologie. Voilà le problème principal auquel ce livre veut s'attaquer.

Références :

- 1. Au Québec, les chiffres se ressemblent : la dépression et l'anxiété s'échangent la troisième et quatrième place selon les années au chapitre des consultations médicales (1,5 millions environ chacune) précédées par l'hypertension (4,4 millions) et le diabète (2,4 millions) tandis que les antidépresseurs sont le deuxième médicament délivré en pharmacie avec 12 millions d'ordonnances exécutées annuellement, précédés par les hypocholestérolémiants (14 millions). (IMS Brogan, 2011)
- 2. Même si les antidépresseurs sont majoritairement prescrits pour les indications de dépression, plusieurs autres indications sont évoquées dans les rapports gouvernementaux dont les troubles anxieux, de l'adaptation, de conduites alimentaires, du déficit de l'attention, la bipolarité, la fibromyalgie, etc. (Conseil du médicament du Québec, 2008)
- 3. Depuis 1999, le nombre d'ordonnances des ISRS (antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) qui représentent environ 81% de tous les antidépresseurs prescrits au Canada a augmenté de 83 %. En 2003, les médecins de famille et les omnipraticiens ont prescrit 81% des ISRS, une tendance qui continue à se confirmer depuis (IMS, 2008, 2011).
- 4. Tant au Canada qu'au Québec, le nombre de consultations médicales pour dépression (troubles dépressifs) et anxiété (troubles anxieux) tendent à se rapprocher depuis 2002. En 2012, le nombre de consultations pour anxiété ont dépassé pour la première fois de quelques milliers celles pour dépression à Montréal et dans l'ensemble du Québec. 60 % de l'ensemble des consultations du réseau public en santé mentale montréalais correspondent à part égales aux troubles anxieux et aux troubles dépressifs (Benigeri, 2007).
- 5. Malgré les nombreuses études portant sur la « fin du travail » qui ont vu le jour depuis le dernier quart du XXe siècle, la centralité du travail dans la vie des individus ne fait que s'affirmer (Mercure et Vultur, 2010).

Bibliographie :

- American Psychiatric Association (1952), (DSM I) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington, American Psychiatric Association Mental Hospital Service.
- American Psychiatric Association (2000), (DSM IV-TR) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Benigeri, M. (2007), *L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005*, Montréal, Carrefour montréalais d'information sociosanitaire et Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

- Conseil du médicament du Québec (2008), *Usage des antidépresseurs chez les personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments du Québec*. Étude descriptive - 1999-2004. Québec : Les Publications du Québec.
- [IMS Health](#), Canada, (2007, 2011, 2012)
- Kavanagh, M. et al. (2006), *La dépression majeure en première ligne*, Québec : ASSS, INSP.
- Martuccelli, D. (2010) *La société singulariste*, Paris, A. Collin.
- Mercure, D. et M. Vultur (2010), *La signification du travail*. Sainte-Foy, Presses de l'Université de Laval.
- Otero, M. (2003), *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Presses de l'Université Laval.

Présentation de l'auteur

Marcelo Otero est professeur du département de sociologie de l'Université du Québec à Montréal. Il est chercheur au CRI, au CHRS et au CREMIS. Ses projets de recherche portent sur les nouveaux problèmes de santé mentale et les problèmes sociaux complexes. Il a publié notamment *Les règles de l'individualité contemporaine*, PUL, 2003 et *L'ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression*, Boréal, 2012 et *Qu'est-ce qu'un problème social aujourd'hui?* (avec Shirley Roy), PUQ, 2013.



→ Média-école des étudiants en journalisme

<https://www.exemplaire.com.ulaval.ca/reportages/manque-dapproches-biopsychosociales-en-sante-mentale/>

Manque d'approches alternatives en santé mentale

12 novembre 2015 - [Catherine Ouellet](#), [Laura Meuret](#)

90% des médecins de famille ne parlent pas à leurs patients souffrant de problèmes de santé mentale de l'existence de ressources alternatives, simplement parce qu'ils ne connaissent pas ces organismes. © Crédit photo/Le Soleil

Les approches biopsychosociales (dites alternatives) en santé mentale connaissent une hausse de demandes à Québec. Pourtant, elles demeurent minoritaires dans le réseau au moment où le ministre de la Santé, Gaétan Barrette, vient de dévoiler le nouveau plan d'action en santé mentale 2015-2025 du gouvernement provincial, qui prévoit injecter 70 millions de dollars dans le secteur.

« Il y a une très forte demande. Mais il demeure que les pratiques alternatives sont toutefois minoritaires dans l'ensemble du réseau. Et souvent, les gens ne connaissent pas l'existence de ces pratiques-là » déclare Anne-Marie Boucher du [Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec](#).

L'approche biopsychologique, qui ne considère pas exclusivement la maladie mentale comme un déséquilibre biologique, approche plutôt l'être humain de manière «élargie». La maladie mentale, selon cette perspective, est donc le produit d'interactions entre des facteurs à la fois biologiques et psychosociaux, explique Anne-Marie Boucher.

Patricia Bougie, responsable de [l'organisme PECH](#), identifie quant à elle une «poche d'air au niveau des troubles de personnalité, des troubles identitaires.» En effet, ces troubles relèvent de la santé mentale puisqu'ils sont dans le [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux](#).

Elle souligne le fait que l'on ne parle pas tant de ces troubles identitaires, mais plutôt de troubles de santé mentale d'un autre type, telle la schizophrénie. «Ce sont pourtant ces premiers troubles qui coûtent cher, qui font la plaque tournante de l'hôpital, de la rue, du centre de détention.»

«C'est sûr qu'au niveau alternatif, il faut proposer davantage de choses à ces gens qui ont un problème comportemental afin qu'ils raccrochent un sens à leur vie», explique-t-elle.

Une situation de manque

Les compressions constantes, notamment dans le secteur de la santé et des services sociaux, affectent l'offre de services et en restreignent l'accès, soutient Anne-Marie Boucher.

«On déplore le coût élevé des ressources alternatives. Mais vous savez, les médicaments, ça coûte très cher aussi. Et ne donner que des médicaments, c'est très coûteux à moyen et long terme», explique Bernadette Dallaire, professeure à l'École de service social de l'Université Laval.

Les interventions thérapeutique et relationnelle, qui vont de pair avec la prévention en santé mentale, ont effectivement un coût, mais peuvent coûter beaucoup moins cher à long terme, ajoute la sociologue. «La notion de coût doit toujours être considérée en convention avec la notion de temps», souligne-t-elle.

Mme Dallaire parle actuellement d'un «système coincé». Elle illustre cette problématique avec l'exemple des consultations en psychologie qui, «à moins d'avoir une assurance privée, coûtent assez cher quand on les prend en dehors du réseau public.» La professeure souligne également la longueur des listes d'attente lorsque les gens font appel au réseau public.

Sans pour autant nier son importance, l'offre d'approches alternatives ne dépendrait tout de même pas du seul facteur économique, rappelle madame Bougie.

Selon elle, «certains organismes seraient plus frileux que d'autres à se tourner vers les approches alternatives à cause de la gestion de risque. En effet, l'alternatif suppose aussi des fois de laisser la personne seule pour qu'elle réfléchisse à son comportement.»

PECH applique des approches alternatives basées sur les forces. Il s'agit de reprogrammer la personne en fonction des pertes et des gains qui sont liés à son comportement, indique Mme Bougie. «Le but est de responsabiliser la personne au lieu de la prendre en charge», explique-t-elle.

La responsable de PECH aborde également la question de l'alternative jusque dans la question des logements sociaux.

L'intérêt suscité par les approches alternatives est d'autant plus manifeste que, selon Mme Bougie, d'autres organismes aux approches plus traditionnelles n'ont pas de liste d'attente.

Elle aborde également l'un des problèmes de ces approches plus traditionnelles, soit la place de l'intervenant dans la vie de ces personnes souffrant de santé mentale. «Ce qui arrive quand on n'est pas alternatif, c'est que l'on crée de la co-dépendance, explique-t-elle. La seule personne dans leur vie, c'est l'intervenant, qui n'arrive pas à se désengager parce qu'il n'a rien d'autre à proposer.»

Combiner la prise de médicaments et les approches alternatives

L'approche à privilégier en santé mentale est une combinaison entre la médication et les approches biopsychosociales, selon plusieurs professionnels du réseau public de la santé. Même si les approches alternatives se sont historiquement construites en opposition à la psychiatrie traditionnelle, une volonté des acteurs médicaux à les concevoir plutôt en terme de complémentarité se développe.

«Évidemment, il y aura toujours des débats sur le rôle des médicaments. Certains analystes ont une position radicale et proscrirent totalement la prise de médicaments, mentionnant que ces derniers font partie du complexe capitaliste industriel, de l'industrie pharmacologique... À l'inverse, certains défendent le rôle absolument essentiel et dominant que doivent avoir les médicaments en santé mentale», souligne tout de même Mme Dallaire.

L'important, selon la chercheuse, est plutôt de favoriser une utilisation équilibrée de la médication, en combinaison avec des approches davantage relationnelles. Il y a donc une position mitoyenne favorable, un équilibre à trouver entre les positions extrêmes.

La notion de choix est aussi très importante, rappelle Anne-Marie Boucher. En effet, «les personnes doivent avoir accès à toutes les informations par rapport à ce qui est offert comme traitement», ajoute-t-elle. Pour les organismes qui offrent ces méthodes alternatives, il est donc essentiel que les patients puissent décider de manière éclairée s'ils veulent prendre ou non des médicaments.

HUFFPOST SCIENCE

http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/the-social-cure-for-mental-illness_b_8845180.html

12/21/2015 | [Allen Frances](#) Professor Emeritus, Duke University

The Social Cure For Mental Illness

« Everyone is much more simply human than otherwise. »

Harry Stack Sullivan

The United States is the worst place in the developed world to have a severe mental illness.

By failing to provide adequate care and housing, we have condemned 350,000 to jails and 250,000 to the streets.

Paradoxically, we have very much destigmatized mild mental illness by greatly broadening its definition. It certainly takes the sting out of having a mental disorder diagnosis when 20 percent of our population pops a psychiatric pill every day.

In contrast, the severely ill have never been so unfairly stigmatized. We have closed 90 percent of psychiatric beds, but didn't invest the money saved in decent community treatment and housing. Without social ties and without access to medication, the severely ill seem much more disturbed than they really are.

As Aristotle pointed out, we are social animals who can be fully human only when interacting with others. In the US, we worsen the symptoms of our mentally ill by neglecting their needs and excluding them from society. Fortunately, the reciprocal is also true -- we can heal by simple human acts of caring and inclusion.

Virgil Stucker has spent almost his entire adult life in therapeutic communities that encourage the resocialization and recovery of people with severe mental illness. He is the director of the CooperRiis Healing Community in Asheville, NC.

Virgil writes: "I have lived most of the last 40 years in nonprofit healing communities with people who are diagnosed with mental illness. My family and I often walk with, dine with, socialize with, work with, and play with people who too often are treated as society's castaways. Over these years, my wife Lis and I have had several thousand such people join us at our daily table. We, along with our four children, their spouses and partners, and our seven grandchildren are fortunate to have formed lifelong friendships and life-altering experiences. We know first-hand that people with mental illness are much more human than otherwise; trusting and loving human beings, if only given the chance and offered the social context.

There are so many moments that have graced our lives with special meaning. I remember with great relief and gratitude when our young son Christoph wandered into a brook and was about to drown until he was saved by Franko, a member of our community.

My wife was in the Gould Farm weaving studio when news came to James that his sister had died on the Pan Am 103 flight, blown up by terrorists over Lockerbie. His deeply human experience of loss cemented our relationship with James, who went on to found a statewide recovery program in Virginia and became a peer support specialist for a prestigious hospital. He was at our table for lunch recently, remembering with sadness that moment and with fondness our lifetime relationship.

Elaine joined as a resident 8 years ago in our CooperRiis Healing Community. The combination of addiction and mental illness had derailed her. Three years ago, she came back... and is now our Marketing Director (actually our whole marketing department). I get to speak daily with her about her passion for helping others to recover normal lives despite their 'severe mental illness'. (Here's a [letter](#) she recently wrote about her story.)

Just yesterday, Dan, who came to our Gould Farm community in 1977 with schizophrenia called to wish us a Merry Christmas. He still has schizophrenia, but is living an independent life, now retired in Florida. We love to catch up with many old friends in this way during the holidays.

After the call, I turned to speak with Emelia who has become a member of our 'family' and is about to return to her career as a well-known artist.

She joined us in church last week where Ralph, a former resident sings in the choir. Ralph now lives independently in our small town, working and owning his own condo. Years ago, his family came to us with hope; hope that there was more than the dead-end group home that the mental health 'system' had prescribed for him.

Thinking of music, I am reminded of Jason DeShaw, a well-known country singer, who recently spent three days at our 'table'. His [story](#) will encourage you.

I am but one person, and my family but one family. We have been blessed to know and be inspired by many people with mental illness. Over the years, we have also been blessed to know their families, who turned their anguish about the mental illness of a family member into action. We are daily inspired by Don and Lisbeth Cooper, the founding philanthropists of the CooperRiis Healing Community. We have also walked with philanthropists Dan and Rosemary Kelly of Rose Hill Center, Carol and William Moore of Gateway Homes, and, spiritually, with Will and Agnes Gould who founded Gould Farm in 1913. Each knows the healing power of community and relationship.

You, too, as an individual and as a family, can begin to create a healing community, right where you are, right now. Here is a [3-minute video](#) about our CooperRiis Healing Community that may inspire you.

From Muslims to Minorities, from Military Vets to the Mentally Ill, our fears have too often surrounded us with 'Others'... Others who Matter only because we are afraid of them! Goodness, let's cross these divides with compassionate dialogue and listening, not labeling!

When we bring our prejudices to the table, we see only the 'other', the sick person. We don't see the human being, only a small part of whom is 'sick.' Our lives are diminished whenever we are exclusionary and close-minded. Our lives are enriched when we enrich the lives of others.

This holiday season; please invite someone with mental illness from the streets into your home. Bring them from the last pew in your congregation into the conversation. Reach out to your neighbor who has a mentally ill child and show them your empathy.

Yes, I am serious. The only real solution is to restore healing community to every street. Think of every street as 34th Street ready to have a Miracle. Let's pull one another out of the darkness.

The time to start is right now. Reach out now and create compassionate conversations with individuals coping with mental health conditions. Your life and theirs will be better for it. You will discover the depth of your own humanity, not just theirs."

Thanks so much Virgil. Your approach to life and to people is an inspiration to all of us.

It happens that my wife and I will be spending our Christmas with children, grandchildren, and Jan, our best friend in San Diego. Jan has been homeless for almost 20 years.

It is not the life he would have chosen, but it is a life he leads with quiet dignity and considerable joy. Jan survives on about \$1,000 a year, earned by occasional participation in a workfare program. He also gets one free meal a day and food stamps.

Jan is an independent scholar who -- when not walking or listening to music or watching movies, or following current events -- spends most of his waking minutes studying in libraries and bookstores.

Jan knows more about more topics than anyone I have ever met and he finds fascinating connections everywhere. Bring up the Trump phenomenon and he will compare it in minute and fascinating detail with the emergence of Mussolini. Bring up the movie *No Country for Old Men* and he will trace its roots in the work of the French existentialists. Bring up Madonna and he will contrast her musicology with Ella Fitzgerald.

Being with Jan is pure pleasure for us. He is funny, thoughtful, and has refined manners that put me and the rest of our family to shame. He enjoys his time with us, but also enjoys the free time afforded by his otherwise socially isolated lifestyle. My wife occasionally tries to persuade Jan to apply for housing, but he is too proud and too independent.

Jan is satisfied with his life and I am grateful for his friendship. He is one of the most fully human people I know.

Allen Frances is a professor emeritus at Duke University and was the chairman of the DSM-IV task force.

LE DEVOIR

LIBRE DE PENSER

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/316041/libre-opinion-chronique-d-un-pere-indigne>

Libre opinion - Chronique d'un père indigné

4 février 2011 | Jean Forest - New Richmond

«Plus qu'hier et moins que demain», tel est le baromètre de mon indignation. Hier, c'était il y a plus de 20 ans, quand j'ai commencé à apprendre à vivre avec la schizophrénie de deux de mes enfants. Comme tous les parents aux prises avec les problèmes psychiques de l'un des leurs, j'ai couru à hue et à dia comme un cheval fou, j'ai frappé à cent portes pour comprendre et obtenir de l'aide, j'ai pleuré et lutté, mais je n'ai pas eu le temps de m'indigner.

En fait, j'étais convaincu que, puisqu'il s'agissait d'une maladie grave et chronique, mes enfants auraient droit à des soins complets comme le veut la loi, à une aide soutenue de l'État... à condition, bien sûr, qu'avec eux je me débattaie un peu, beaucoup, passionnément. Ce que j'ai fait, pour de minces résultats, beaucoup de déception et une indignation croissante.

Moins que demain, parce que je crains que notre société ait beaucoup de mal à prendre un peu de distance par rapport à ses propres bobos de population vieillissante, mieux nantie et narcissique pour forcer le ministère de la Santé à libérer les soins psychiatriques des chaînes avec lesquelles il les a enfermés, et ce, de deux façons: en réduisant la maladie mentale à un strict problème biochimique, donc en enlevant «la parole qui guérit» de l'arsenal de la psychiatrie; puis en limitant le soutien psychosocial à une portion tellement congrue des soins en «santé mentale» que seul un très faible pourcentage des malades y a accès.

Je ne peux me référer ici qu'à mon parcours personnel, épineux mais engagé. La situation dans laquelle sont actuellement placées les personnes atteintes de troubles psychiques sévères et persistants constitue une grave atteinte à la dignité humaine. L'abcès est pourtant crevé: c'est par centaines que des personnes aux prises avec une maladie mentale non soignée vivent dans la rue en 2011. C'est par milliers que d'autres, partout sur le territoire, sont laissées à elles-mêmes et à leurs familles, isolées et incapables d'avoir accès à un lieu et à des outils de valorisation et de réhabilitation. Mes enfants sont du nombre.

Individuellement, cette atteinte à leur dignité prend deux formes principales: l'étiquette de prestataire de l'aide sociale et cette paralysie causée par le refus des autorités à mettre en place des lieux de valorisation par le travail adapté, entre autres. Le problème est social et politique. Le montant de la prestation n'est pas en cause, j'en ai la preuve chez mes jumeaux: ils sont pauvres évidemment, mais l'un est bien logé (HLM), se tire d'affaire sur le plan matériel et n'a pas de dettes; l'autre fume, est un joueur compulsif, vit en chambre et côtoie l'itinérance régulièrement. En fait, ils n'ont aucun avenir à cause de leur maladie.

En vérité, je ne prétends aucunement circonscrire tous les cas avec ce seul exemple, mais mon engagement dans un groupe communautaire a validé mes constats en même temps qu'il m'a permis de mesurer l'étendue du fossé qui nous sépare de soins adéquats en «santé mentale». Rien pour réduire mon indignation.

En 1993, nous déménageons en Gaspésie. Le milieu communautaire m'a vite mis en contact avec plusieurs personnes atteintes, si bien que j'ai fait le projet, à titre de membre de l'Association de parents et amis de la Gaspésie, d'offrir l'écriture thérapeutique comme outil psychosocial sur le modèle des revues *Mentalité* et *L'itinéraire* à Montréal. Cette initiative porte ombrage à la directrice d'alors, qui boycottera ouvertement le projet durant les quatre années qu'il a duré. D'autres obstacles ont aussi jonché notre route. [...]

Invisibles et méconnues, de multiples chaînes ligotent le système. À croire que plus personne ne veut se souvenir de cette phrase prophétique du neuropsychiatre Boris Cyrulnik dans *Les Vilains Petits Canards*: «Quand les décideurs sociaux accepteront de disposer simplement autour des mal partis quelques lieux de création, de parole et d'apprentissages sociaux, on sera surpris de voir qu'un grand nombre de blessés parviendront à métamorphoser leurs souffrances pour en faire une œuvre humaine malgré tout.»

Rien de mal à causer pour la cause, encore faut-il que les services existent. Encore faut-il que quelqu'un de l'intérieur porte le dossier sur la place publique comme au temps de la «désins». Pourquoi les associations de parents et amis et leur fédération ne le font-elles pas? Pourquoi les associations professionnelles de soignants, toutes disciplines confondues, ne sortent-elles pas de leur chasse gardée et de leur mutisme?

Certes, de petits miracles, il en existe, trop peu hélas. Regardez autour de vous et, comme moi, vous constaterez qu'un grand nombre de personnes souffrant de troubles psychiques persistants, de même que

leurs familles, sont abandonnées par notre système de santé. Une mère, un père ne peuvent voir s'étioler et parfois s'envoler la vie de leurs enfants sans crier au secours.



<https://scribium.com/marc-oeynhausen/a/lhistoire-de-la-folie-selon-foucault/>

[11 Janvier 2016 | MARC OEYNHAUSEN](#)

L'histoire de la folie selon Foucault

Michel Foucault considère les fous comme victimes d'une société qui, pour exister, a besoin de les exclure.

Dans son ouvrage «Histoire de la folie à l'âge classique», Foucault interroge la désignation de la folie par ceux qui se disent «normaux». C'est la société, rejetant ce qui lui est étranger, qui ferait exister la folie. Elle se protégerait ainsi contre ceux qui sont susceptibles de nuire au bien être de la collectivité.

Le « normal » et « l'anormal »

D'après Foucault, c'est à la Renaissance que le concept de «norme» émerge. Il instaure alors une dialectique entre le «normal» et «l'anormal», la raison et la déraison. Les fous sont désignés comme étant en dehors de la norme. Mais cette distinction entre le «dedans» et le «dehors» serait biaisée, car seuls ceux qui sont à «l'intérieur» sont en mesure de juger ce qui leur est «extérieur». Les fous sont considérés comme fauteurs de troubles ou «oisifs» à côté de ceux qui font fonctionner l'économie (les travailleurs). Ils constituent donc une menace pour l'ordre public et les valeurs dominantes que représente la bourgeoisie. Leur conduite est jugée amoral, aux antipodes du modèle familial classique fondé sur la raison.

L'enfermement

La fondation de l'Hôpital Général en 1656 marque le début de ce que Foucault nomme le «Grand Renfermement». Sont alors mélangés dans ces structures tous ceux considérés comme «anormaux», aussi bien les fous, que les libertins, prostitués, mendiants, criminels, sorciers. Le fou représente le «mal», il est exclu de la société. L'enfermement constitue une forme de correction, elle vise à supprimer la différence. La folie n'a pas de raison d'être. On cherche à culpabiliser le fou, à faire en sorte qu'il considère sa folie comme une faute. Il ne bénéficie pas de soins, on se contente de l'enfermer, l'enchaîner.

De l'« anormal » au « pathologique »

Un changement de regard s'opère autour de la révolution de 1789. Une loi de 1790 introduit la création d'hôpitaux destinés uniquement aux «insensés». L'internement pour fautes morales, libertinage et conflits familiaux est fortement réduit. Le concept de maladie mentale apparaît alors et le traitement de la folie se médicalise. Dorénavant, on enferme pour soigner et non plus uniquement pour punir. D'abord appelés les «vapeurs», les troubles deviennent «maladies des nerfs». Une première différenciation des pathologies est établie : la démence, la manie, la mélancolie, l'hystérie, l'hypocondrie. Avec Pinel (médecin chef de la

Salpêtrière 1795-1820), le regard porté sur la folie évolue, son traitement devient plus humain. On évoque maintenant la possibilité de soigner la folie. Néanmoins, pour Foucault, le fou reste prisonnier des considérations morales. « La guérison du fou est dans la raison de l'autre - sa propre raison n'étant que la vérité de la folie ».[1]

L'antipsychiatrie

Le mouvement antipsychiatrique reprend dans les années 1960 ces thèses estimant notamment que le rapport de « domination » en psychiatrie n'était pas adapté. Dans la lignée de Foucault, ses défenseurs pensent que l'internement psychiatrique constitue une forme d'action politique visant à opprimer des éléments perturbateurs qui menaceraient l'équilibre de la société.

Sources :

FOUCAULT Michel (1972). « Histoire de la Folie à l'Âge Classique », Éditions Gallimard

[1] FOUCAULT Michel (1972). « Histoire de la Folie à l'Âge Classique », Éditions Gallimard, p.540



<http://www.mensongepsy.com/le-docteur-marc-girard-nous-parle-des-psychotropes/>

Le Dr Marc Girard alerte sur les dangers des psychotropes

[25 octobre 2015](#) | [THEPENIER Jean-Sylvestre](#)

En lisant un article sur son site j'ai été surpris qu'enfin un professionnel du secteur médical ([médecin et expert en pharmacovigilance](#)) puisse nous parler avec tant de franchise. En effet il n'est pas habituel que des experts osent affronter le problème avec autant de sincérité.

Le Docteur Girard intitule son article ainsi : « *Effets indésirables des médicaments utilisés pour des soins psychiatriques sous contrainte* ».

Le Docteur Girard est conseil en pharmaco-vigilance et pharmaco-épidémiologie, et expert européen ([AEXEA](#) → Association des Experts Européens Agréés) ce qui est une référence non négligeable. Ses propos m'inspirent toute confiance, et me conforte dans ce que je pense de ceux des psychiatres qui ne sont que mensonges et manipulation.

Que nous dit le Docteur Girard ? :

« Il s'agit simplement de montrer que, parmi tous les médicaments disponibles en médecine, les « psychotropes » (ceux qui agissent sur le fonctionnement psychique) sont d'une TOXICITE telle que leur prescription appelle – du moins : devrait appeler – un niveau de prudence hippocratique en rapport. »

Enfin un spécialiste qui ose affronter en dénonçant avec professionnalisme l'énorme machine que constitue « Psychiatrie et industrie pharmaceutique ».

Il explique avec une grande simplicité qui permet à tous de comprendre, que le mélange de psychotropes, sur ordonnance des psychiatres, **ne fait qu'additionner leurs effets secondaires** plutôt que de les annuler, comme veut bien nous le faire croire la psychiatrie.

Sans être mathématicien je sais que 1+1 font 2 et non pas 0 ... Ces soi-disant médecins de l'âme humaine n'auraient-ils pas encore compris les bases de ce que l'on apprend aux enfants, juste après la maternelle ?... Un enfant qui n'aurait pas les bases essentielles du calcul risque de redoubler.... Mais un psychiatre qui additionne deux médicaments en vous certifiant que ce sera zéro effet secondaire, est traité, et je cite le docteur Girard au début de son article « **un psychiatre Majesté** »... simplement au nom du diplôme qui lui donne tout «**pouvoir** ».

Que nous dit le docteur Marc Girard sur les antidépresseurs?

*« Dans la lignée de Prozac intensivement promu comme « pilule du bonheur », l'apparition des inhibiteurs de la recapture de la **sérotonine** (**Deroxat, Floxyfral, Séropram, Zoloft...**) a justifié depuis 25 ans l'illusion que l'on disposait, désormais, d'antidépresseurs dotés d'une tolérance quasi idéale. L'expérience, cependant, allait montrer que si ces nouveaux composés exposaient effectivement moins aux inconvénients de leurs prédécesseurs, ils en avaient bien d'autres : anxiété, agitation, irritabilité, « syndrome des jambes sans repos » (akathisie), troubles sexuels, syndrome de sécrétion inappropriée de l'hormone antidiurétique (avec tableau de confusion), syndrome sérotoninergique potentiellement fatal (avec hyperthermie et convulsions). Il semble de mieux en mieux établi, enfin, que ces nouveaux antidépresseurs augmentent significativement le risque de passage à l'acte hétéro- (agressions) [6] ou auto-agressifs (suicides) : à tort ou à raison, leur responsabilité est souvent évoquée lors des tueries qui se déroulent régulièrement sur les campus américains. »*

La controverse évoquée par les psychiatres est, a fortiori, très inquiétante puisqu'ils se posent en Seigneurs sur ces sujets face à l'ensemble des médias qui leur accorde très largement la parole pour dire que les psychotropes sont des médicaments bienfaiteurs contre le stress.

Les neuroleptiques sont aussi cités comme étant extrêmement dangereux, mais je vous laisse le plaisir de lire l'article du Docteur Girard qui sait en parler beaucoup mieux que moi.

Mes chers visiteurs, prenez le temps de lire cet article très éloquent et très bien écrit. Le Docteur Girard pose avec toute sa connaissance, une vraie réflexion sur les psychotropes.

N'hésitez pas à consulter son site très enrichissant. Il vous aidera j'espère à prendre vos décisions pour vous-même ou pour vos proches avec plus de certitude. <http://www.rolandsimion.fr/>

Trouble bipolaire : la manie se cache souvent derrière la dépression

Publié le 27.10.2015

Le trouble bipolaire, avec son alternance de périodes de dépression et d'excitation pathologique (« manie ») séparées par des intervalles libres, est une des maladies les plus invalidantes. Pourtant, comme la dépression a tendance à dominer les épisodes maniaques, il faut en moyenne 10 ans pour faire le diagnostic.

Trouble bipolaire : COMPRENDRE

Des mots pour les maux

Le terme « bipolaire » évoque les deux pôles de l'humeur, « manie » ou « hypomanie » et « dépression » ou « mélancolie », entre lesquels oscille l'humeur du malade.

Les troubles bipolaires sont anciennement connus sous le nom de « psychose maniacodépressive ».

La vulnérabilité génétique à la maladie se déclenche en présence de différents types de « facteurs déclenchants » : psychostimulants, drogues, stress et manque de sommeil.

Les médicaments les plus souvent prescrits pour le trouble bipolaire sont appelés « thymorégulateurs » ou « régulateurs de l'humeur ».

Qu'est-ce qu'un trouble bipolaire ?

Les troubles bipolaires, qui sont aussi connus sous le nom de « psychose maniacodépressive », sont des maladies qui entraînent des dérèglements de l'humeur.

Ces troubles se manifestent par une alternance de phases de [dépression](#) (voire de « mélancolie ») et d'excitation (« manies » ou « hypomanie »), séparées par des intervalles libres où le malade peut vivre normalement. Ces phases d'excitation ou de dépression peuvent apparaître en réaction à un stress particulier, mais le plus souvent sans aucune raison apparente. Chaque phase dure de quelques semaines à quelques mois et peut être d'intensité variable, ce qui donne des présentations très hétérogènes. C'est donc une maladie qui est caractérisée par des changements assez brutaux dans l'humeur et dans le fonctionnement du cerveau, où la manie peut se cacher derrière la dépression, mais le malade peut vivre normalement lors des intervalles libres.

Tout le monde peut vivre des périodes de bonheur, de tristesse, d'excitation et peut être confronté à des difficultés, mais, dans les troubles bipolaires, ces changements sont francs et souvent hors de proportion. Ils atteignent parfois une intensité telle que la personne ne réalise pas qu'elle dépasse les bornes de l'euphorie ou qu'elle souffre tellement de sa dépression qu'elle en est paralysée avec des idées suicidaires. Cet état est responsable de problèmes fréquents avec la famille et au travail, ce qui peut aboutir à des problèmes financiers et même parfois judiciaires.

Du fait des périodes de stabilité et de la variabilité de l'intensité et du type des signes dépressifs et maniaques, et surtout de la prédominance de la dépression sur la manie, le diagnostic est souvent fait tardivement (après 8 à 10 ans d'évolution en moyenne). Les malades sont fréquemment diagnostiqués « [dépressifs](#) » (la manie se cache derrière la dépression), alors que le traitement des troubles bipolaires est très différent. Tant les erreurs de diagnostic que les retards du diagnostic exposent à une aggravation du pronostic.

Quelles sont les causes du trouble bipolaire ?

Les troubles bipolaires se développent généralement sans raison apparente, à la suite d'un épisode dépressif aigu, chez des adolescents ou les adultes jeunes (avant 25 ans) n'ayant pas de troubles avant l'adolescence. Les causes des troubles bipolaires ne sont pas réellement connues, mais la fréquence des formes familiales et la recherche révèlent une influence certaine de la génétique.

En revanche, il ne s'agit pas d'une transmission directe, mais plusieurs gènes sont impliqués, rendant ainsi les symptômes et les traitements différents pour chaque personne.

Par ailleurs, cette « vulnérabilité génétique » multigénique ne conduit à la maladie que s'il existe certains facteurs d'environnement. Les troubles bipolaires ne se déclenchent donc chez les personnes génétiquement vulnérables uniquement en présence de différents types de facteurs déclenchants : psychostimulants, drogues, stress et manque de sommeil. Il y aurait également un risque de trouble bipolaire plus important quand un épisode dépressif apparaît après un accouchement (une dépression et pas un « baby-blues »).

Quels sont les rapports entre trouble bipolaire et risque suicidaire ?

Le trouble bipolaire est la pathologie psychiatrique qui est associée au plus fort risque de décès par [suicide](#) : 20 % des personnes ayant un trouble bipolaire décèderaient par suicide. Le taux annuel de suicide est 4 fois plus élevé que chez les personnes atteintes d'un autre trouble psychiatrique, et 30 fois plus élevé que dans la population générale. A noter qu'il s'y ajoute la mortalité liée aux maladies somatiques associées aux troubles bipolaires (alcoolisme, addictions, mauvaise hygiène de vie, diabète,...). Au final, une personne bipolaire non traitée aurait une espérance de vie inférieure de 20 ans à celle de la population générale.

Cependant, le lien entre trouble bipolaire et suicide pourrait être d'origine génétique : de plus en plus de chercheurs considèrent le suicide comme une maladie psychiatrique autonome. Il existerait une vulnérabilité génétique qui seraient à l'origine, non seulement d'un risque augmenté de [suicide](#), mais aussi un risque augmenté d'autres maladies psychiatriques, comme le trouble bipolaire, la [dépression unipolaire](#) ou la [schizophrénie](#). En pratique, cela changerait le paradigme : ce n'est pas forcément le trouble bipolaire qui exposerait au risque de suicide, mais plutôt une vulnérabilité d'origine génétique particulière qui exposerait aux 2 maladies : le suicide et les troubles bipolaires. D'autres chercheurs sont en train de mettre au point différents [tests](#) pour identifier ces personnes vulnérables au suicide : elles sont plus nombreuses au cours des troubles bipolaires car les liens génétiques sont plus étroits qu'avec les autres maladies. Il faut aussi comprendre que cette vulnérabilité génétique ne s'exprime qu'en cas d'environnement pathogène (traumatisme de l'enfance, stress personnel ou professionnel,...).

<http://www.psychomedia.qc.ca/trouble-bipolaire/2015-10-26/psychotherapie-efficacite>

Trouble bipolaire : efficacité de psychothérapies spécifiques

[Psychomédia](#) | Publié le 26 octobre 2015



Plusieurs psychothérapies spécifiques pour le trouble bipolaire, de pair avec la médication, permettent une meilleure réduction des symptômes du [trouble bipolaire](#) et une meilleure adaptation que la médication seule, selon une étude publiée dans la revue *Focus* (*American Psychiatric Publishing*).

La médication n'offre qu'un soulagement partiel des symptômes, soulignent les auteurs. Le traitement avec les médicaments seulement est associé à des taux « désespérément » faibles de rémission, des taux élevés de récurrence, des symptômes résiduels, et un dysfonctionnement psychosocial et interpersonnel.

La psychothérapie spécifique pour le trouble bipolaire est de plus en plus recommandée comme une composante essentielle de la gestion de la maladie, indiquent les chercheurs.

Holly A. Swartz et Joshua Swanson de l'Université de Pittsburgh ont analysé 28 études randomisées portant sur l'efficacité de la psychoéducation individuelle et de groupe, la [thérapie cognitive-comportementale](#) individuelle et de groupe, la thérapie familiale, la [thérapie interpersonnelle et du rythme social](#) ainsi que la gestion des soins intégrés.

Ces psychothérapies, lorsqu'ajoutées aux médicaments, étaient plus efficaces que les médicaments seuls pour améliorer le fonctionnement et la qualité de vie, réduire les symptômes, accélérer le rétablissement d'un épisode dépressif et réduire le risque de rechute.

Les psychothérapies contemporaines spécifiques « utilisent des stratégies directives et axées sur les symptômes telles que l'encouragement de l'observance du traitement pharmacologique, la psychoéducation (information sur la maladie), la participation des membres de la famille, le développement de stratégies pour la prévention des rechutes, l'exploration de la relation réciproque entre l'humeur et les cognitions ou les relations interpersonnelles, et l'établissement de cycles réguliers de veille-sommeil », explique la chercheuse.

France 5 | Allodocteurs.fr | <http://www.allodocteurs.fr/>

http://www.allodocteurs.fr/bien-etre-psycho/psycho/la-crise-du-milieu-de-vie-un-nouveau-depart_18272.html

La crise du milieu de vie, un nouveau départ ?

Crise de la quarantaine ou démon de midi, ce seraient les manifestations d'un même phénomène : la crise du milieu de vie. Elle définit une période de doutes et de remise en question, d'un bilan de vie, qui pousse parfois à en changer avec fracas. Comment s'explique-t-elle ? Comment la traverser de façon plus apaisée ?



Sommaire

- [Une crise existentielle devant le temps qui passe](#)
- [Une remise en question des choix effectués](#)
- [A la croisée des chemins](#)
- [La remise en questions, indispensable pour évoluer](#)
- [Un nouveau départ ?](#)

Une crise existentielle devant le temps qui passe

Chez certaines personnes, cette crise existentielle survient sans crier gare et comme un coup de tonnerre. Chez les autres, beaucoup plus nombreux, elle prend la forme adoucie d'une transition lissée sur quelques temps.

La **crise du milieu de vie** survient en moyenne **entre 45 et 55 ans**. Ce sentiment de malaise arrive souvent au décours d'un facteur déclenchant qui initie une introspection. Il s'agit, par exemple, d'un problème de santé, d'une période de chômage, d'un [deuil](#), du départ des enfants à la faculté, ou encore d'une rencontre érotique, qui fait prendre conscience que l'on n'a qu'une vie et que sa [fin](#) se rapproche irrémédiablement. Alors que nous suivions nos habitudes sans nous poser de questions, ce facteur déclenchant les remet en questions et nous pousse à dresser le bilan de notre vie.

Certains auront l'impression de ne pas avoir vécu, d'avoir mis leur vie de côté, en attendant de finir leurs études, de réussir socialement ou d'avoir des enfants,... Ils auront investi toute leur énergie dans une sphère (familiale, professionnelle ou sociale), au détriment de besoins plus profonds et personnels.

Une remise en question des choix effectués

« Qu'ai-je fait de ma vie ? Mes choix étaient-ils les bons ? Me suis-je fourvoyé(e) dans une vie qui ne me convient pas ? »

Comprendre ses choix

Les choix de vie sont la résultante de notre éducation, de motivations plus ou moins conscientes, d'un besoin de reconnaissance sociale ou familiale, de hasards et d'opportunités saisies, de chance et de malchance.

Remettre nos choix dans cette perspective, au moment où ils ont été faits, est intéressant pour mieux les comprendre et à terme mieux les accepter.

Pour Lisbeth von Benedek, psychanalyste, comprendre les raisons de nos choix de vie aide aussi à mieux cerner ce qui nous manque, ce qui nous rend malheureux ou ce qui nous angoisse.

Alors que le miroir renvoie l'image du **temps qui passe**, ces questions hantent celui qui doute de sa vie... Durant la première partie de vie, nous nous construisons en réaction aux gens qui nous entourent, en restant tournés vers l'extérieur. Avec les années, nous obtenons un équilibre affectif en nous conformant à ce que l'on attend de nous, en nous glissant dans un rôle familial, conjugal ou professionnel et en acquérant un statut

social et des biens matériels. Mais ce personnage que nous affichons avec les autres ne nous reflète pas complètement et peut nous étouffer au fil du temps.

D'autres aspirations, qui sommeillent en nous sans être formulées, refont surface et demandent à être réalisées. Un vide intérieur, un mal-être, parfois une franche [angoisse](#) s'emparent de nous, alors même que notre vie semble parfaitement réussie.

La crise de milieu de vie est une **crise identitaire**, où les idéaux de la jeunesse se télescopent avec ce qui a effectivement été réalisé. Elle correspond donc à une rupture avec ce que nous avons vécu et à une **ouverture vers un accomplissement plus global**, qui nous ressemble pleinement. Pour certains, l'évolution est plus fluide et facile que pour d'autres, où la prise de conscience est abrupte et brutale.

À la croisée des chemins

Face à la crise, les uns s'engouffrent sans réfléchir vers ce qui les attire ; les autres refusent de prendre en compte leur malaise et sombrent dans le déni ; certains se posent et prennent le temps d'analyser ce qui se passe en eux.

Un moment éprouvant pour le couple

La crise du milieu de vie survient souvent quand les enfants quittent la maison pour les femmes (syndrome du nid vide) et dans la sphère socio-professionnelle chez les hommes (ou à cause d'une santé défaillante). Le partenaire se retrouve démuni face aux interrogations et aux changements de quelqu'un qu'il pensait connaître. Une thérapie de couple aide à comprendre un peu mieux ce qui se passe dans la tête de l'autre et à l'accompagner, à faire les adaptations inhérentes aux changements, mais aussi à mettre des limites et à se protéger...

Dans le premier cas, démarrer une nouvelle existence semble parfois la seule alternative pour vivre davantage en accord avec ses envies, quitte à faire souffrir ses proches. L'urgence du temps perdu pousse à vivre avec frénésie : « *C'est maintenant ou jamais qu'il faut vivre !* » Les sirènes d'un nouvel amour ou d'une [maîtresse](#), d'un tour du monde, sont séduisantes... mais, hélas, elles apportent rarement des réponses, lorsque les racines du malaise sont plus profondes.

Comment savoir si ce qui nous attire n'est pas un leurre ? Que l'insatisfaction de notre vie actuelle ne prend pas la forme d'une chimère séduisante mais irréaliste ? Un changement de vie trop hâtif est voué à l'échec, en se précipitant dans une réponse facile qui éviterait l'introspection et la confrontation avec ses faiblesses.

A l'inverse, le déni d'une existence qui ne rend pas heureux est l'option choisie par certains, par peur de lâcher la proie pour l'ombre... A force de se dire « *ce n'est qu'un passage à vide, ça va passer* », on passe à côté des vraies questions et on court le risque d'une [dépression](#), de s'enfermer dans une vie qui nous rend malheureux.

Quelle voie entre ces deux extrêmes ? Celle de la réflexion posée, parfois avec une aide extérieure.

La remise en questions, indispensable pour évoluer

Il est impératif de se poser et de **faire une évaluation globale de sa vie**, en abordant les différents aspects (familial, sentimental, amical et professionnel). Il ne s'agit pas d'un caprice, mais d'une véritable mue. La liste des questions qui nous agitent permettra de les rendre concrètes : les de quoi ai-je envie et besoin ? Dois-je vraiment continuer ce job ? Suis-je encore amoureux de la femme ou l'homme qui partage ma vie ? Quelle

activité pourrait donner un sens à ma vie ? Les réponses demandent un effort et une réflexion considérables mais elles apportent la réconciliation avec soi-même... Et dans 20 ans, il sera trop tard pour changer !

C'est donc le moment de **se libérer du personnage que nous nous sommes construits** et qui ne nous suffit plus. Dans son livre "*La crise du milieu de vie. Un tournant, une seconde chance*", la psychanalyste Lisbeth von Benedek parle de démasquer le "personnage social", conforme aux normes du socialement correct, grâce auquel nous nous sommes construits dans la première partie de notre vie.

Place aux aspirations plus profondes. Certains se tournent vers la spiritualité ou vers une activité artistique qui laisse s'exprimer leur corde sensible. D'autres prennent des décisions plus radicales dans leur vie : divorce, changement professionnel,... Pourquoi pas si elles sont mûrement réfléchies ?

Lâcher le passé pour vivre au présent. Le passé nous apprend ce dont nous ne voulons plus : ainsi nos "erreurs" sont-elles intéressantes pour déterminer un présent plus serein. Mais pour construire un futur plus en accord avec nous-mêmes, il est nécessaire de nous libérer du passé, sans le ressasser de façon stérile. Il est alors possible de vivre davantage au présent, d'être dans l'instant, en goûtant sereinement le moment.

Accepter de vieillir. Selon Lisbeth von Benedek, dire adieu à l'adolescence éternelle et accepter de vieillir sont deux étapes nécessaires. Cela passe par l'acceptation des rides qui sillonnent le visage, de la peau qui se relâche, du ventre qui s'arrondit,... Ce qui est d'autant plus difficile dans une société qui valorise plus que tout, la jeunesse. Accepter le corps pour mieux le mettre en harmonie avec l'esprit.

Ne pas vivre dans l'idéal mais dans le réel... Autre conseil de la psychanalyste : nous confronter à nos déceptions et oublier le rêve de vie irréaliste que nous caressions durant l'enfance ou l'adolescence. Ces images idéalisées sont à mettre face à nos besoins réels et actuels : une part de réalisme est donc indispensable pour réaliser cette transition de façon harmonieuse. Ce réalisme aidera aussi à prendre conscience du chemin parcouru et de toutes les réussites accomplies, que le mal-être fait souvent oublier.

Un nouveau départ ?

Du négatif jaillit le positif ; une crise est constructive si on sait l'analyser et l'aider par un psychothérapeute est parfois précieuse pour guider dans le flot de questions et canaliser les angoisses. Se remettre en questions et se débarrasser de ce qui ne convient plus sont souvent plus faciles à faire dans le cadre bienveillant et sûr de la thérapie ; le regard extérieur enrichit la réflexion. Psychologue, psychothérapeute, psychiatre (notamment en cas de dépression) sont des interlocuteurs de choix. Quand les interrogations sont essentiellement professionnelles, le recours à un coach est une possibilité.

Le **deuil de la vie passée** et l'**acceptation du temps** qui passe ouvrent la porte à de nouvelles expériences, plus en accord avec nous-mêmes. De nouveaux talents sont à développer, de nouvelles relations à nouer, qui ne sont plus axés sur la reconnaissance sociale, mais sur de véritables affinités.

Comme l'écrivait si bien le poète chinois Xu Gan, "le défaut des hommes est de déplorer la mort au lieu d'aimer la vie ; de regretter le passé au lieu de penser à l'avenir"... Et si la crise du milieu de vie apprenait à savourer le présent, pour avoir un futur lumineux, en accord avec nous-mêmes ?

Par **Dr Charlotte Tourmente**  journaliste à la rédaction d'Allodocteurs.fr



<http://www.actusoins.com/4115/la-psychiatrie-dans-la-ligne-de-mire-de-la-scientologie.html>

La psychiatrie dans la ligne de mire de la Scientologie

6 juillet 2010 | [Amélie Cano](#) |

Une association liée à la Scientologie sollicite depuis plusieurs mois les hôpitaux psychiatriques sous prétexte de surveiller les hospitalisations sous contrainte.

Son nom peut porter à confusion, mais ne vous y trompez pas : la Commission des Citoyens pour les droits de l'Homme (CCDH) n'a rien à voir avec la fédération du même nom.



Derrière cette association se cache en réalité l'Église de Scientologie. Active depuis plus de dix ans en France, la CCDH reprend le principal credo de la secte : la lutte contre la psychiatrie, les antidépresseurs et les hospitalisations sous contrainte.

C'est au nom de ce dernier prétexte que l'association harcèle depuis plusieurs mois les hôpitaux psychiatriques français. Comme l'a révélé le Canard Enchaîné le 23 juin dernier (1), la CCDH réclame à ces établissements « *une copie des pages des registres 2008 et 2009 établis pour les hospitalisés sous contrainte* ».

Ces documents administratifs indiquent notamment les noms des patients, leurs dates d'entrée et de sortie, ainsi que les visites de contrôle effectuées par les préfets et les magistrats.

Une méthode légale

« *Nous avons bien été sollicités par la CCDH* » nous confirme un hôpital du Pas-de-Calais. « *Après avoir consulté notre service juridique, nous avons décidé de ne pas donner suite à leur requête* » explique la direction.

Mais quelques mois plus tard, l'hôpital est obligé de céder : « *la CCDH a déposé à deux reprises un recours à la Commission pour l'accès aux documents administratifs (CADA), nous allons donc leur communiquer les éléments souhaités, à savoir les dates de passage des autorités judiciaires. Nous allons bien sûr anonymiser ces documents comme la loi nous l'impose* ».

La CCDH profite en effet d'une loi du 17 juillet 1978 qui garantit l'accès des citoyens aux documents administratifs. « *Nous ne demandons que les dates de passage des préfets et des magistrats* » se défend Mylène Escudier, présidente de la CCDH. « *Nous respectons bien sûr le secret médical. Notre objectif est juste de savoir si les procédures d'internements psychiatriques sont bien respectées* » assure-t-elle.

La CCDH a donc envoyé des lettres à tous les hôpitaux psychiatriques ainsi qu'aux commissions départementales chargées de contrôler les hospitalisations sous contrainte (CDHP), lettre dont ActuSoins a obtenu copie.

« Au moins la moitié des hôpitaux nous a répondu favorablement. Pour les autres, nous avons saisi la CADA. Mais parfois cela ne suffit pas : nous avons porté plainte au tribunal administratif contre dix CDHP qui ne nous ont pas envoyé leur rapport d'activité malgré l'avis favorable de la CADA » explique Mylène Escudier (2).

Lobbying au Parlement

L'association compile ensuite tous ses chiffres dans un rapport de synthèse, qu'elle envoie aux parlementaires et aux membres du gouvernement. Une méthode de lobbying qui porte ses fruits, comme l'a constaté Georges Fennech. « Plusieurs parlementaires se sont fait piéger l'an dernier. Ils ont été plus de 80 à réclamer des explications sur les hospitalisations sous contrainte à la ministre de la santé après avoir été sollicités par la CCDH » explique le président de la Miviludes, la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires.

Mais Georges Fennech avoue l'impuissance des autorités face aux techniques de cette association. « L'État a une obligation de transparence et certains en abusent, c'est la force et la faiblesse d'une démocratie » constate-t-il. « La Scientologie possède une véritable force de frappe, car elle a de gros moyens financiers et des juristes à sa disposition » ajoute le président de la Miviludes.

Ces moyens financiers permettent notamment à la CCDH de mener depuis plusieurs années une campagne contre les antidépresseurs : l'association a déjà envoyé à plus de 50.000 médecins généralistes de France un DVD contenant un documentaire à charge contre ces médicaments, réalisé par le siège de la CCDH aux États-Unis.

La Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme.

Créée en 1969 aux États-Unis, la CCDH a vu le jour en 1974 en France. Elle est véritablement active depuis une dizaine d'années. Cette association est une émanation de l'église de scientologie. Elle ne cache d'ailleurs pas ses liens avec l'organisation, condamnée en 2009 pour escroquerie en bande organisée (3). La CCDH proteste contre l'usage des antidépresseurs et contre l'internement psychiatrique, qu'elle considère comme une atteinte aux droits de l'Homme. L'association s'appuie, entre autres, sur un des "credo" de la scientologie qui stipule que "l'étude du mental et la guérison des maladies d'origine mentale ne devraient pas être séparées de la religion, ni tolérées dans les domaines non religieux".

(1) « La Sciento reprend du service », Canard Enchaîné du 23 juin 2010.

(2) Il s'agit des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques du Var, de la Moselle, de la Meurthe et Moselle, des Côtes d'Armor, du Morbihan, de l'Aube, de la Lozère, de la Seine et Marne, des Hauts de Seine et de la Corrèze (Source : CCDH).

(3) La Scientologie a fait appel, la procédure judiciaire est donc toujours en cours. Sur ce sujet, voir les articles du Monde (http://www.lemonde.fr/societe/article/2009/10/27/la-scientologie-condamnee-a-des-amendes-peut-continuer-ses-activites_1259183_3224.html) et de L'Express (http://www.lexpress.fr/actualite/societe/la-scientologie-une-religion-impossible-en-france_469122.html).

Amélie Cano

TDAH et la médicalisation des enfants

5 OCTOBRE 2015

IL Y A QUELQUES MOIS À PEINE, LE COLLÈGE DES MÉDECINS SE DISAIT PRÉOCCUPÉ PAR LA VAGUE DE DIAGNOSTICS DE TDAH, QUI ATTEINT DES SOMMETS. ET SI CE SURDIAGNOSTIC MENAIT À UNE SURMÉDICALISATION DES ENFANTS?



Dans son plus récent ouvrage **TDAH? Pour en finir avec le dopage des enfants**, Jean-Claude St-Onge, professeur de philosophie à la retraite et docteur en socioéconomique, s'inquiète du fait qu'au Québec, au cours de la dernière

décennie, les prescriptions de psychostimulants (comme le Ritalin) ont été multipliées par quatre. Effectivement, depuis dix ans, on assiste à une véritable explosion de diagnostics. « *C'est un problème qu'on note dans nos inspections professionnelles : les médecins sont parfois mal outillés ou ne sont pas tout à fait à jour sur ce trouble de santé là* », a confié Leslie Labranche au quotidien *La Presse*. Porte-parole du Conseil des médecins, elle nuance tout de même son propos en ajoutant que le « problème de surdiagnostic de TDAH » n'est toutefois pas généralisé ou relevé « *de manière très fréquente [...] Mais c'est quand même un sujet qu'on suit. On sait que le problème existe.* »

SUJET DÉLICAT

D'un côté, il y a ceux qui affirment que le TDAH (**Trouble déficitaire de l'attention et hyperactivité**) est une fausse maladie : une invention récente qui profite particulièrement aux géants de la pharmacologie. Alors que pour la majorité des pédopsychiatres, le TDAH est bel et bien réel, et parfois, la médication est la seule solution. Mais pourquoi le TDAH soulève-t-il autant les passions? Pourquoi ce diagnostic de plus en plus fréquent est-il à ce point controversé?

D'une part, comme le souligne J.-Claude St-Onge dans son livre très bien documenté, les critères pour identifier le TDAH manquent de scientificité. De plus, il n'existe toujours pas de preuve que ces symptômes, si répandus dans notre société, soient effectivement le résultat d'un déséquilibre chimique du cerveau et, donc, une maladie héréditaire, une condition dont on ne se débarrasse jamais. De plus, si le TDAH devrait, dans le meilleur des mondes, être diagnostiqué par un spécialiste, comme un pédopsychiatre, il l'est souvent par un médecin de famille, parfois mal outillé pour le faire.

MÉDICALISATION DES ENFANTS

En outre, la médicalisation des enfants demeure un sujet très, très délicat. Psychologue et professeure à l'Université du Québec à Montréal, Marie-Claude Guay a déclaré : « *J'ai vu des enfants et des adolescents qui*

se ramassaient dans des classes pour jeunes avec troubles du comportement, ou en échec scolaire, et voilà que lorsqu'on introduit la médication, l'enfant réussit à l'école et les problèmes de comportement diminuent. On entend toujours parler du surdiagnostic, mais l'envers de la médaille, le préjudice qu'on cause à un enfant qui a un problème neurologique et qu'on ne traite pas est aussi grand que de traiter un enfant qui n'en a pas besoin. » Ce à quoi répond J.-Claude St-Onge : « Oui, effectivement, à court terme [la médicalisation] fait une différence. C'est vrai qu'ils peuvent être plus attentifs, mais parmi les études indépendantes à long terme — j'en cite quatre dans le livre —, il n'y en a pas une qui montre que c'est efficace à long terme. [...] Après trois ans, les enfants qui n'étaient pas médicamentés ne se portaient pas plus mal que ceux qui continuaient à être médicamentés, au contraire : ils n'avaient pas de moins bonnes notes, ils n'avaient pas plus de problèmes de comportement. » C'est effectivement ce qu'a souligné l'étude MTA (Multimodal Treatment of ADHA), pour laquelle on a suivi 579 enfants de 7 à 9,9 ans pendant 8 ans : l'efficacité de la médication s'estompe après 14 mois, et elle est nulle après 3 ans.

UNE QUESTION DE RESSOURCES

D'une part, la prise de médicament ne devrait jamais être la première solution : en effet, comme tout médicament, les psychostimulants ont aussi des effets secondaires indésirables. De plus, il y a plusieurs recherches et études qui prouvent qu'il existe des alternatives aux médicaments.

Le Dr Martin Gignac confiait lui aussi à *La Presse* : « Est-ce qu'il doit toujours y avoir une prescription, ou est-ce qu'il doit y avoir aussi des approches non pharmacologiques mises en place? C'est une question de ressources. Qu'est-ce qu'on a à la disposition de ces enfants-là dans les écoles pour compenser certaines difficultés? C'est important d'avoir cette discussion-là. » Bien entendu, on sait que les écoles publiques, par les temps qui courent, n'ont guère plus de ressources de ce genre : la pilule deviendrait-elle alors, trop souvent, la seule option?

Dans une entrevue récente à l'émission *Médium Large*, Madame Claire Lamarche soulignait que, devant une telle polémique, il ne devait pas s'avérer facile d'être le parent d'un enfant qui doit prendre des psychostimulants. Confronté à tant d'opinions contradictoires, il semblerait donc que la meilleure chose à faire soit, toujours, de bien s'informer.

TDAH? Pour en finir avec le dopage des enfants, J.-Claude St-Onge, Écosociété, ISBN 9782897192105, 24 \$

PAR MARIE-EVE BOURASSA



<http://www.letemps.ch/societe/2015/02/23/hyperactivite-existait>

MÉDECINE

Et si l'hyperactivité n'existait pas?

Le psychiatre français Patrick Landman dénonce l'épidémie d'hyperactivité. Selon lui, ce trouble est une construction artificielle destinée à enrichir les pharmas

Et si l'hyperactivité n'existait pas? Et si cette maladie n'était qu'une série de symptômes – agitation, déconcentration et impulsivité – artificiellement réunis par les industries pharmaceutiques pour faire du

chiffre? Cette thèse, qui n'est pas inédite, est défendue avec force détails et arguments par le psychiatre et psychanalyste français Patrick Landman dans «Tous hyperactifs?», essai fraîchement sorti aux Éditions Albin Michel. Avec cette information déjà, qui laisse songeur: aux États-Unis, le chiffre d'affaires des médicaments vendus pour lutter contre le TDAH (trouble du déficit d'attention avec ou sans hyperactivité) est passé de 40 millions de dollars il y a vingt ans à 10 milliards aujourd'hui.

«En psychiatrie, on assiste à un marketing des maladies, qui se vendent comme de vulgaires produits, explique Patrick Landman. Ce phénomène est né aux États-Unis, mais se propage partout dans le monde», ajoute le psychiatre, qui assure: «Dans le cas du TDAH, c'est le médicament qui fait la maladie.»

Le Temps: Selon vous, l'hyperactivité n'existe pas. Dans votre essai, vous comparez même cette maladie à l'homosexualité, en rappelant que jusque dans les années 70, cette orientation sexuelle était considérée comme un trouble mental. Pourtant, des milliers d'enfants et d'adultes semblent souffrir du TDAH...

Patrick Landman: Il faut distinguer deux choses. Les constructions médico-sociales à large échelle et la souffrance des individus. Si je compare le TDAH à la stigmatisation de l'homosexualité ou à la frénésie de diagnostics d'hystérie à la fin du XIXe siècle, c'est pour montrer que chaque époque a sa maladie à la mode. Dans mon essai, j'évoque aussi la dépression, qui a flambé dans les années 1980 quand le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III (DSM III), la bible mondiale des prescriptions, a médicalisé des affects et des comportements comme la tristesse, la baisse de l'estime de soi ou la dépendance au lien d'attachement, alors que ce sont des réactions habituelles à la suite de ruptures ou d'échecs, et qu'elles sont spontanément réversibles. Les faux dépressifs ont reçu des traitements parfois très longs, et on en est arrivé à qualifier la dépression de «la maladie du siècle». Selon moi, le TDAH suit exactement le même processus, avec les généreuses retombées économiques que l'on sait pour les industries pharmaceutiques...

Le Temps: Mais revenons à la souffrance des enfants et des adultes chez qui on diagnostique un déficit d'attention et/ou une hyperactivité. Certains parlent aussi d'un excès d'impulsivité. Ces symptômes sont bien réels, non?

Oui, mais il n'y a pas qu'une seule cause à ces symptômes et, en matière de remède, je crois plus à une méthode clinique avec approche différenciée de chaque patient qu'à une approche médicamenteuse. Pour justifier le recours aux médicaments, certains tenants du TDAH parlent de lésions cérébrales minimes qui pourraient être réparées avec des remèdes à base de méthylphénidate, qui est une amphétamine. Il n'est pas étonnant que des enfants perturbés aient des images cérébrales anormales, mais ces images ne constituent pas une preuve. A l'heure actuelle, il n'existe aucun marqueur biologique d'aucune des grandes maladies mentales, que ce soit la schizophrénie, l'autisme ou les troubles bipolaires. Et le fait de les rebaptiser maladies ou troubles neuro-développementaux ne change rien à ce fait.

Le Temps: Pourtant, des personnes souffrant d'hyperactivité ont éprouvé un soulagement en prenant des méthylphénidates, dont le plus connu, la Ritaline, semble faire beaucoup d'heureux...

Bien sûr, prendre des amphétamines, c'est comme boire de l'alcool. Il peut y avoir un soulagement provisoire. La Ritaline dope les neurotransmetteurs, mais elle ne guérit pas. Je ne suis pas radicalement contre les médicaments. Je prescris des méthylphénidates dans un tiers des cas que je traite, lorsque la souffrance est trop grande. Ceci pour un temps limité et avec un suivi psychothérapeutique qui prend très vite le relais. Ce

qui me scandalise, c'est le recours systématique aux médicaments, comme à une potion magique, alors que la prise régulière de ces amphétamines entraîne un déficit de croissance et une sous-charge pondérale.

Le Temps: Mais alors, comment expliquer le succès de la voie médicamenteuse?

Cette solution a le mérite de déculpabiliser les parents et les enseignants. Face à un enfant difficile, les adultes se sentent mieux quand on leur dit que la maladie est à l'intérieur de l'enfant, dans son cerveau, plutôt que liée à des facteurs extérieurs. Encore une fois, c'est une affaire d'époque. Vu le stress qui pèse sur les épaules des parents et les effectifs de classe qui sont en constante augmentation, comment trouver le temps et le ton pour appréhender des enfants qui ne sont pas absolument alignés? L'absurdité totale est atteinte lorsque des médecins disent que si on ne dépiste pas et qu'on ne soigne pas des TDAH durant l'enfance, les ados concernés ont de plus grands risques de devenir toxicomanes. Autrement dit, on donne des amphétamines à des enfants de 7 ans pour éviter qu'ils se droguent à 17 ans! Un autre problème se pose avec la Ritaline: quand l'arrêter? Puisqu'elle ne soigne pas, mais soulage seulement, quand décide-t-on d'arrêter le traitement? Question piège, n'est-ce pas?

Le Temps: Si le médicament n'est pas la solution, quelles sont vos méthodes pour lutter contre les symptômes du TDAH?

La psychothérapie classique donne de bons résultats, ainsi que les thérapies de groupe, la psychomotricité ou l'art-thérapie. Je préconise aussi une diminution nette de la consommation d'écrans, car, d'après mon expérience, il y a une corrélation entre les heures passées devant l'écran et la gravité du trouble de l'attention. Surtout, l'immaturation de l'enfant est un gros facteur de confusion. Deux jeunes enfants peuvent avoir le même âge mais présenter un seuil de maturité très varié selon qu'ils sont du début ou de la fin de l'année. Rien que la prise en compte de cet aspect, peut assouplir la vision qu'on a de l'élève ou de l'enfant difficile.

«Tous hyperactifs?», Patrick Landman, Ed. Albin Michel, 2015.



<http://www.cles.com/debats-entretiens/article/l-ecole-doit-redevenir-un-lieu-qui-stimule-l-esprit-creatif-et-le-bonheur>

Grand Entretien avec Richard David Precht

“L'école doit redevenir un lieu qui stimule l'esprit créatif et le bonheur d'exister”

Par Patrice van Eersel

Très populaire outre-Rhin, ce philosophe allemand démontre l'archaïsme du système scolaire occidental...

Sa célébrité n'a pas encore vraiment atteint la France mais, en Allemagne, depuis sept ans, c'est un phénomène. Comment expliquer le succès de Richard David Precht, dont certains ouvrages se sont vendus à plus d'un million d'exemplaires ? L'intéressé pense tenir la clé : « Je joue dans mon pays un rôle qui n'était jusqu'ici occupé par personne : celui du philosophe public, qui parle à la télé. De notre côté du Rhin, nous n'avons pas la culture des philosophes comme

Sartre, Camus, Derrida, Deleuze ou Foucault (aujourd'hui Comte-Sponville, Onfray, Ferry, Enthoven et, bien avant eux, Voltaire, Rousseau, Diderot) qui interviennent dans la vie publique et que personne ne s'étonne de voir s'exprimer sur tout, de la politique à l'amour. Outre-Rhin, même Habermas ou Adorno, les plus fameux contestataires des années 1960-70, demeuraient à l'intérieur du cadre académique et n'auraient jamais fréquenté un talk-show télévisé. »

Precht, lui, a été lancé par son passage dans l'émission d'Elke Heidenreich, la Bernard Pivot allemande, pour son best-seller au titre surréaliste, « Qui suis-je et, si je suis, combien ? ». Une quête kantienne rédigée comme un thriller, dans un langage souvent drôle (qui contraste avec l'air hypersérieux que son auteur affiche généralement) et mélangeant le doute cartésien et "Star Trek", l'enthousiasme nietzschéen et le triomphe des Rolling Stones, la caverne de Platon et la cyberréalité... Bref, un raconteur d'histoires provocateur, qui aime replacer les grands auteurs philosophiques et leurs lecteurs dans leurs contextes de vie respectifs.

L'homme est par ailleurs un passionné de sciences, notamment de neurologie. Une passion qui, curieusement, l'amène aujourd'hui à focaliser son attention sur l'école et la pédagogie. Et à proposer une véritable utopie éducative pour le XXI^e siècle. C'est surtout pour cette raison que nous désirions le rencontrer.

A vous lire, vous auriez pu aussi bien devenir scientifique que philosophe. Le cerveau, l'embryon, l'évolution : les sciences naturelles vous passionnent...

Oui, depuis l'enfance ! Paradoxalement, je les aimais tant que je n'ai jamais voulu les mêler à la chose scolaire. Je ne les ai pas étudiées à l'université, par peur d'être déçu par le commentaire desséchant qu'on m'en ferait. J'ai donc étudié la philosophie, tout en me tenant informé par moi-même des avancées des sciences du vivant. Si nous nous trouvions devant un aquarium tropical, je pourrais vous en décrire tous les habitants, leur physiologie, leurs mœurs. Je passe des heures avec des biologistes ou des éthologues qui sont souvent surpris de tomber sur un philosophe si épris de leurs travaux.

Votre dernier livre, « Anna, l'école et le bon Dieu » (pas encore traduit en français), utilise les récentes découvertes sur le cerveau pour s'attaquer féroce­ment au système scolaire occidental dont vous dites qu'il « trahit nos enfants »...

Absolument. Pourquoi diable l'école resterait-elle obstinément étanche à toutes les découvertes des neurocognitivistes, des psychologues du développement, des évolutionnistes, des linguistes, des anthropologues ? Le monde des grandes entreprises est souvent plus éclairé que nos écoles qui continuent à fonctionner, au fond, sur le modèle de la société industrielle, vieux de plus d'un siècle.

Cet archaïsme est conforté par la majorité des parents qui rêvent que leurs enfants soient coachés vers une spécialité pointue, rare et rémunératrice. Comme si le monde n'avait pas changé ! Comme si, au fond, il fallait toujours s'adapter au système pyramidal tayloriste qui fabrique des chefs impeccables au sommet et de bons chevaux de trait à la base, alors qu'il s'agit désormais d'inviter tous les enfants à devenir des « créateurs de projets de vie » imaginatifs et autonomes, conviviaux et polyvalents.

Pourquoi dites-vous qu'il faut, non pas réformer, mais révolutionner l'école ?

Pour au moins deux raisons. Primo, parce que **70 % des métiers qu'exerceront les enfants qui entrent aujourd'hui à l'école n'existent pas encore – d'où la nécessité d'une éducation très différente, beaucoup plus ouverte** à l'imagination et à l'intelligence relationnelle, conduisant à épanouir une curiosité polyvalente plutôt qu'une spécialisation de type industriel. Secundo, parce que l'école a perdu son monopole. Jadis, c'était l'endroit où l'enfant apprenait à connaître le monde. Aujourd'hui, nourri d'informations par mille autres biais, le digital native ne voit plus du tout l'intérêt d'aller s'enfermer dans ce lieu si peu excitant, qui ne suscite en lui qu'un mortel ennui.

Vous insistez beaucoup sur l'ennui des élèves d'aujourd'hui...

C'est une aberration. L'enfant est naturellement d'une curiosité inouïe. La structuration de ses réseaux neuronaux fait de lui un « athlète synaptique », comparé à l'adulte. Son enthousiasme pour la nouveauté est considérable et ses capacités d'apprentissage impressionnantes. Or, que lui proposons-nous pour épanouir cette potentialité formidable ? De se forcer à s'intéresser à des matières éloignées de sa vie, qui le motivent de moins en moins et qu'il voit infiniment mieux traitées ailleurs. A partir de 12 ans, cela devient dramatique. La transmission est censée se dérouler lors de séances appelées « cours » qui durent un peu moins d'une heure (durée décidée par les moines du Moyen Age) et auxquelles il doit assister sans bouger. Double absurdité : on sait aujourd'hui que la capacité d'attention d'un enfant (et de beaucoup d'adultes) chute au bout de 20 à 30 minutes ; d'autre part, l'immobilité physique du jeune humain est nocive à son fonctionnement cortical si elle dépasse un quart d'heure. Bouger est pour lui vital, la psycho-neuro-immuno-endocrinologie l'explique bien.

Les Français citent pourtant volontiers l'école allemande, supposée très ouverte aux activités physiques quotidiennes...

Je suis marié avec une francophone, une Luxembourgeoise déjà mère de trois enfants que j'ai vus grandir dans le système français. Il est clair que c'est le pire de tous, le plus archaïque parce que le plus « mental ». Mais le système allemand ne vaut guère mieux – surtout comparé à celui des Scandinaves, beaucoup plus ouvert sur le ressenti, l'émotionnel, le relationnel. Les enfants allemands s'ennuient autant que les français à l'école. C'est subjectivement un crime et objectivement un gaspillage que nous n'allons plus pouvoir nous permettre longtemps.

Pourquoi ?

Les générations à venir vont devoir relever des défis que seule une éducation entièrement repensée leur permettra de relever. Comme le disait déjà le pédagogue visionnaire Wilhelm von Humboldt, fondateur de l'Université de Berlin il y a deux siècles : « Il s'agit surtout d'apprendre à apprendre. » De toute façon, les technologies de l'information vont tout révolutionner. Prenez les nouvelles « lunettes Google » qui permettent de se brancher sur le Web tout en faisant autre chose. Une fois miniaturisées et rendues quasi invisibles, ce qui sera bientôt le cas, elles métamorphoseront les examens. Il sera impossible d'empêcher un élève de tricher. Le mot « triche » n'aura d'ailleurs plus de sens. Ni celui d'« examen ». Examens et notes participent de ce que les psychopédagogues de Stanford – Mark Lepper, David Greene et Richard Nisbett – appellent l'« effet corrupteur de la récompense ». Les recherches montrent que le fait d'étudier pour obtenir de bonnes notes et un diplôme, plutôt que par véritable intérêt pour la matière, engendre à long terme des individus à motivation plus fragile. Or, la motivation devient essentielle.

L'autre maître mot est la relation. Ayant accès à la connaissance universelle où qu'ils se trouvent, élèves et étudiants devront développer des qualités relationnelles : savoir naviguer dans la jungle du savoir, se relier à d'autres, monter une équipe, faire preuve de convivialité et de tempérance émotionnelle. Des qualités auxquelles ni l'école française, ni l'école allemande ne les préparent actuellement – alors que l'« intelligence connectée » se développe ailleurs, notamment grâce aux jeux vidéo auxquels des millions de jeunes s'adonnent avec frénésie, sans aucun cadre.

D'après vous, l'avenir se joue-t-il du côté des Moocs et de l'e-learning ?

J'ai bien observé ces réseaux, en particulier la Khan Academy qui a mis en ligne des milliers de cours fort intéressants. C'est surtout excellent pour des matières comme les maths ou la physique. Moins pour l'histoire, la littérature ou la philosophie qui exigent un débat interactif. Mais le gros défaut des Moocs est que, contrairement à ce que s'imaginent certains, ils sont moins démocratiques que l'école.

A quoi ressemblera l'école de demain ?

Sans motivation, rien n'est possible. Schopenhauer disait : « Vous pouvez faire tout ce que vous voulez, mais vous ne pouvez pas décider de désirer. » Les élèves d'aujourd'hui n'ont plus de désir. L'école de l'avenir doit avant tout rallumer leur adhésion, et même leur enthousiasme. Rappelons que ce fut le cas jadis – ça l'est encore dans les pays très pauvres où l'école est la seule chance de s'en sortir... et aussi chez nos propres enfants, à la maternelle et à la rigueur à l'école

primaire. Mais la motivation chute ensuite dramatiquement. En quelques clics d'ordinateur, un ado reçoit plus d'infos que nos ancêtres pendant toute une vie ! L'école lui semble frustrante et inutile. Que faire ?

Explorant systématiquement toutes les recherches en pédagogie dans le monde, j'ai abouti au système suivant... D'abord, quelques rares matières fondamentales, peut-être les maths et les langues, pourraient continuer à faire l'objet d'un enseignement classique, mais pris au sein d'un système de « contrats » individuels : dans ces matières, l'élève s'engagerait devant l'école à atteindre un certain niveau à certaines étapes de son parcours sur plusieurs années, libre à lui de le faire au rythme qui lui convient, en accord avec ses accompagnateurs. Vouloir faire avancer tout le monde à la même vitesse est considéré par la plupart des pédagogues comme l'un des gros défauts du système actuel : les enfants plus rapides se trouvent freinés par les plus lents qui, eux, sont humiliés et dégoûtés.

L'essentiel de l'éducation s'organiserait autour de « projets » conçus sur plusieurs mois, voire plusieurs années, regroupant les enfants par goûts, affinités, centres d'intérêt. De petits groupes d'une quinzaine d'élèves s'organiserait autour de thèmes qui les passionnent. Comme les classes du fameux collège d'Harry Potter !

On pense aux visions de Montessori, Steiner, Freinet...

De nombreuses pédagogies convergent dans ce sens. Elles supposent toutes des enseignants d'un nouveau genre, davantage pédagogues que spécialistes d'une matière. Car une autre caractéristique de cette révolution serait que les professeurs suivraient leurs élèves pendant plusieurs années. Au lieu de se retrouver toutes les heures face à un enseignant différent qui n'a souvent pas le temps de les connaître, les enfants seraient accompagnés de près par des maîtres s'intéressant à leur parcours personnel à long terme.

L'école doit redevenir un lieu de bon temps, qui stimule l'esprit créatif et le bonheur d'exister.
