



*Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec*

Revue de presse critique en santé mentale

Publication spéciale

Journées annuelles de santé mentale 2013

Alimenter une réflexion critique... Pour des changements culturels en santé mentale au Québec

Depuis 30 ans, le RRASMQ et ses membres essaient d'apporter à la société québécoise une vision critique des problèmes de santé mentale et de leur traitement. Au cœur de cette vision critique, la parole des personnes, la promotion de leurs droits et la dénonciation des impacts des diagnostics et de la médicalisation sur leurs conditions de vie.

Cette revue de presse critique se veut un outil de sensibilisation et de réflexion sur les enjeux philosophiques et sociopolitiques qui traversent le milieu de la santé mentale au Québec et ailleurs dans le monde. Le RRASMQ invite toutes les personnes préoccupées par les phénomènes de psychiatrisation et de médicalisation des souffrances personnelles et des problèmes sociaux à prendre connaissance des points de vue présentés dans ce document, à les commenter et à en débattre.

Bonne lecture !

Ce document est disponible sur le site Internet du RRASMQ (www.rrasmq.com)

Mai 2013



Contenu de la revue de presse critique

La psychiatrisation des problèmes sociaux	3
La « bible » de la psychiatrie biaisée ?	6
De la psychologisation et de la médicalisation du social	8
Santé publique : la prévention précoce en question	11
Marché des psychotropes: construction historique d'une dérive	13
Psychotropes dès le berceau ?	20
À qui profitent les psychotropes?	26
Combien de maladies mentales peut-on faire entrer dans un seul gène ?	35
« La psychiatrie est en dérapage incontrôlé »	36
Santé mentale : le DSM-5 a-t-il un problème de belles-mères ?	42
La fabrique des Imposteurs	45
Un sursaut d'humanité : mon vœu le plus sincère pour 2013	48
Souffrance Psychique et Environnement : Pour une Psychiatrie Alternative	50

Prenez connaissance des revues de presse critique en santé mentale

Deux fois par année, le RRASMQ publie une revue de presse critique. Les revues de presse rassemblent des textes critiques sur différents sujets concernant la santé mentale. Ces textes proviennent de sources variées (quotidiens, magazines et revues, extraits de blogs et sites spécialisés. Ils suivent les réflexions qui ont cours tant au Québec et au Canada qu'en France, aux États-Unis et ailleurs sur la question.

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

La psychiatrisation des problèmes sociaux

Sébastien Bois / Ancien conseiller pour l'organisme Action Autonomie



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


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

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

Marcelo Otero affirme d'emblée que le phénomène de la psychiatrisation des problèmes sociaux n'est pas un fait nouveau et qu'il va de pair avec l'histoire de la psychiatrie : « *On ne peut pas comprendre la psychiatrie si on ne connaît pas la société dans laquelle elle est (...) il n'y a pas nécessairement de « méchants » psychiatres mais bien une réalité sociale complexe.* » Autrefois, l'Église était l'opium du peuple; maintenant, c'est la science et les médicaments, notre opium.

Une culture du médicament

Tous les trois dénoncent la culture du médicament et l'approche *hospitalocentrique*. Jean-Nicolas Ouellette remarque chez les gens une tendance grandissante à visiter l'hôpital et à rechercher une réponse médicale pour tout type de problèmes : « *Ceux-ci s'attendent à obtenir, à leur sortie, une prescription médicale, une pilule, et c'est normal pour eux. (...) Pour répondre à une souffrance, on donne une médication ou on augmente la dose.* » Le médicament élimine les symptômes dans certains cas, tel une potion magique [1]. Et tout cela, sans que les spécialistes ayant prescrit la médication aient pu



comprendre les émotions et les comportements de la personne. Lourdes Rodriguez déplore bien à propos qu'on ne veuille pas entendre la souffrance des gens et qu'on leur offre peu de temps et d'espace pour raconter leur histoire : « *L'amour n'est pas accessible en pilule. (...) Fréquemment on observe que les gens sont trop drogués par la médication pour accéder à l'éducation, aux loisirs ou aux psychothérapies* ». Ainsi la médication peut parfois faire obstacle à la réhabilitation sociale.

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

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

« *Est-ce surprenant de savoir que les fonds d'investissement des médecins du Québec ont un pourcentage élevé d'actions de compagnies pharmaceutiques ?* » Et que dire, demande

Rodriguez, des programmes de recherches biomédicales et de leurs alliances extrêmement puissantes avec ces mêmes compagnies ?

La psychiatisation de la pauvreté

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


La psychologie au service ...

Selon Otero, notre société nord-américaine baigne dans une culture où l'on explique et tente de résoudre de nombreux problèmes sociaux par l'entremise de la psychiatrie mais aussi de la psychologie. Selon lui, avant de psychiatiser les problèmes, on les psychologise. « *Les psychologues sont invités ici et là dans les médias pour intervenir à titre de spécialistes sur des phénomènes sociaux dont ils n'ont parfois aucune idée. Récemment, des psychologues expliquaient à la télévision l'impact à long terme des tsunamis sur les enfants en Asie sans même connaître les pays ou les cultures.* »

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

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

... de la psychiatisation sociale



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

La psychiatrisation des problèmes sociaux vide le contenu politique de problèmes complexes tels que la pauvreté et la violence. Pour les panélistes présents, la psychiatrie individualise les problèmes et les solutions, les sort de leur contexte sociopolitique et assaisonne le tout de médicaments. C'est pourquoi, selon Rodriguez, il faut « *continuer à travailler dans le sens d'un système fondé sur les droits fondamentaux et favoriser le dialogue en psychiatrie au niveau du traitement et surtout des alternatives pour qu'enfin tous puissent vivre dans la communauté plutôt que dans les services.* » Nous sommes invités à être vigilant face aux discours de pseudo-vérités scientifiques, à laisser un espace à l'incertitude et surtout à faire preuve d'humilité devant notre ignorance. Otero conclut en disant que de vouloir faire disparaître les problèmes de santé mentale est un leurre et qu'aucune société ne peut être parfaitement heureuse, les problèmes font aussi partie de la vie et de la normalité. « *Ça serait de la folie que de vouloir évacuer la folie de la vie des gens. La personne qui ne pense qu'à la santé mentale, à l'élimination de la folie et de la souffrance est la plus folle de toute !* »

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

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

-30-



La «bible» de la psychiatrie biaisée ?

Les définitions des troubles mentaux officiellement «reconnus» par la science peuvent avoir de grandes conséquences sur les ventes de certains médicaments.



(Québec) Le grand méchant loup pharmaceutique serait-il entré dans la «psycho-bergerie»? C'est en tout cas ce que laissent entendre deux spécialistes de l'éthique médicale qui ont trouvé des «conflits d'intérêts financiers» chez les deux tiers des panélistes du DSM-5 - la «bible» de la psychiatrie, qui définit toutes les maladies mentales. La publication fait tiquer plusieurs chercheurs qui, s'ils admettent volontiers que le questionnement est légitime, qualifient l'exercice de

«chasse aux sorcières».

Mis à jour périodiquement depuis sa première parution, dans les années 50, le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) en est à sa quatrième mouture, parue en 1994 et révisée en 2000. Il s'agit de l'ouvrage de référence par excellence en santé mentale, où sont consignées les descriptions des troubles mentaux officiellement «reconnus» par la science et tous les critères sur lesquels les professionnels doivent fonder leurs diagnostics.

Une refonte complète est en préparation depuis 2007; pas moins de 141 experts de calibre mondial, répartis en 13 spécialités, y travaillent et doivent accoucher du DSM-5 au printemps 2013.

Comme on s'en doute, ces définitions peuvent avoir de grandes conséquences sur les ventes de certains médicaments. Que l'on songe pour l'illustrer à ce qui se passerait si, par exemple, l'on raccourcissait la durée de déprime persistante qu'il faut pour diagnostiquer une dépression traitable par des antidépresseurs.


Or dans une étude qui vient de paraître dans la Public Library of Science - Medicine, deux éthiciens américains, Lisa Cosgrove et Sheldon Krinsky, des universités Harvard et Tufts, disent avoir trouvé qu'«en ce moment, 69 % des membres de l'équipe du DSM-5 rapportent avoir des liens [financiers, quels qu'en soient la nature et le montant, ndr] avec l'industrie pharmaceutique».

Les auteurs signalent aussi que la tendance est souvent plus forte dans «les spécialités où la médication est souvent une intervention de première ligne», comme les troubles psychotiques (83 %) et les troubles du sommeil (100 %).

Liens entre les chercheurs et l'industrie

L'Association américaine de psychiatrie (AAP) oblige depuis 2007 les panélistes du DSM-5 à divulguer leurs liens financiers avec l'industrie, mais Mme Cosgrove et M. Krinsky jugent que cette transparence, bien que louable, ne constitue pas un garde-fou suffisant. L'AAP, déplorent-ils, ne compte pas les subventions de recherche inconditionnelles comme des «liens financiers», et permet à ses panélistes de toucher jusqu'à 10 000 \$ par année en honoraires de l'industrie.

Or même ce type de relations, a priori ténues, devrait être interdit aux auteurs du DSM-5, selon Cosgrove et Krinsky, parce que «40 ans de recherche en psychologie sociale démontrent



clairement que tout don, même petit, crée une obligation de réciprocité», ce qui risque de biaiser le jugement des panélistes.

Le duo d'éthiciens ne cite aucun exemple de diagnostic douteux qui aurait pu être poussé par l'industrie. Mais un débat qui a éclaté le mois dernier soulevait le même genre d'enjeux, sur la question de savoir s'il faut compter le deuil comme une forme de dépression (traitable par la même pharmacopée). Le DSM avait toujours exclu le deuil des maladies mentales, mais le DSM-5 prévoit étonnamment d'abolir cette frontière pour tout deuil qui durerait plus de... deux semaines.

Plusieurs publications savantes, dont le prestigieux The Lancet, ont récemment dénoncé cette proposition comme une surmédicalisation patente.

«Il y a des gens qui commencent à se demander si on le fait pour pouvoir donner plus de médicaments aux gens. Peut-être qu'ils ont raison, mais il faudra aussi regarder si, dans l'ensemble, il y aura plus de maladies dans le DSM-5 que dans le DSM-4. Si oui, cela pourrait être dû au fait qu'on veut élargir le public cible pour l'industrie, mais on verra», commente le psychologue de l'Institut Douglas pour la santé mentale, Carmillo Zacchia, spécialiste des troubles anxieux et de la dépression.

M. Zacchia s'est dit dans l'ensemble d'accord avec les préoccupations de l'étude parue dans PLoS-Medicine et avec les solutions suggérées - soit essentiellement la tolérance zéro pour tout type de lien avec l'industrie -, même s'il admet aussi ne pas voir beaucoup de patients médicamentés sans bonne raison dans sa pratique.

Voix discordantes

Mais tous ne sont pas aussi tendres que M. Zacchia envers cette étude. «On n'est pas là pour créer des nouvelles maladies. Et dans le DSM, il n'y a aucune recommandation sur le traitement, on ne fait que définir des problèmes», s'est insurgé le spécialiste du sommeil de l'Université Laval Charles Morin, qui siège lui-même sur le comité du DSM-5 sur le sommeil.

M. Morin reproche aux auteurs de mettre toutes les formes de «liens» avec l'industrie dans le même panier. «Il faut [par exemple] faire la différence entre les subventions de recherches à l'initiative du chercheur, où l'industrie n'a rien à dire sur les résultats, et les contrats de recherche, qui sont faits à l'initiative d'une compagnie», dit-il.


Pour devenir membre du panel du DSM-5, M. Morin a dû faire une déclaration d'intérêts - surtout des honoraires de consultations avec diverses compagnies, dont des pharmaceutiques. Mais il faut aussi noter, ici, que sa spécialité est le traitement non pharmacologique des troubles du sommeil.

L'importance des pairs

S'il concède sans problème que des subventions peuvent engendrer un biais, il ajoute qu'il existe déjà beaucoup de mécanismes de contrôle, dont le regard des pairs n'est pas le moindre. «Il y en a, des chercheurs qui sont trop proches de l'industrie, c'est vrai. Mais en recherche, ce n'est pas long qu'une réputation se défait. On les voit venir de loin, ceux-là, et les pairs s'ajustent.»

«Ma première lecture est que cet article a été écrit par des puristes», ajoute-t-il.

Même son de cloche du côté du psychiatre-chercheur de l'UL Marc-André Roy, spécialisé, lui, dans les psychoses. Lui aussi juge le questionnement de départ légitime, mais la réponse, nettement moins. «Ce sont des situations complexes, et je trouve qu'on sursimplifie tout dans cet article», dit-il au sujet de l'idée de considérer tout lien avec l'industrie comme problématique.



Le Dr Roy donne l'exemple de Kenneth Kendler, un chercheur célèbre dans son domaine, la génétique des psychoses, qu'il a fait venir à Québec pour une conférence récemment. Ce sont des fonds de l'industrie qui en ont défrayé les coûts, ce qui devrait exclure M. Kendler du DSM-5 selon

Cosgrove et Krimsky, même si la plupart de ses activités ne sont pas financées par l'industrie.

«C'est un article qui est plein de bonne volonté, mais ça ressemble à des ayatollah qui mènent une inquisition», tranche le Dr Roy.

Androgena

De la conscientisation et de l'esprit critique

<http://androgena.wordpress.com/>

De la psychologisation et de la médicalisation du social

Philippe Jean


L'auteur de ce blogue est atteint du THADA, de [dyslexie](#) et la dysorthographe, ainsi de (co)morbidités. Ces documentations visent à contrer, entre autres, la *catégorisation*, la *stigmatisation*, la *marginalisation*, la *médicalisation*, la *psychologisation*, la *psychiatisation* du THADA.

Sans compter des processus de déviance et de marginalisation, de médicalisation, de psychologisation, et de psychiatisation, il faut prendre un compte un processus « directeur » de normalisation qui sous-tend tous les processus mentionnés précédemment des personnes ayant des incapacités ou vivant une situation de handicap.

Rappelons que les incapacités désignent les déficiences d'une personne, tandis que les handicaps sont causés par des facteurs environnementaux qui limitent les occasions et la capacité des personnes d'interagir efficacement avec leur environnement. Une situation de handicap, c'est une condition désavantageuse pour une personne donnée qui limite ou empêche l'exécution d'un rôle qui est normal, en fonction de l'âge et du sexe ainsi que des facteurs sociaux et culturels touchant cette personne. Alors qu'une incapacité est habituellement associée spécifiquement à la personne, une situation de handicap est généralement fonction du rôle, de la situation ou de l'environnement dans lesquels se trouve la personne (et est créé par ce rôle, cette situation ou cet environnement). Une personne qui se trouve dans un environnement bruyant, par exemple, se voit placée en situation de handicap si elle veut utiliser un téléphone public.

Une fausse conception de la normalisation (normalisation négative et stigmatisante), malheureusement répandue et largement appliquée, se définit ici comme le processus qui vise à rendre les personnes catégorisées « anormales », comme « normale », les obligeant à se conformer aux normes subjectives de la société ou d'une ou plusieurs entités groupales dominantes (rapport de domination). La normalisation négative soutient le « déversement » de personnes dans la communauté ou dans les écoles sans aucun soutien. La normalisation a été blâmée pour la fermeture de services (tels que les institutions) qui mène à un manque de soutien pour les enfants et les adultes en situation de handicap et/ou avec une ou plusieurs incapacités.

Cependant, les services de soutien facilitant des chances de vie dite « normale » pour les personnes en situation de handicap — tels que les services d'éducation, de logement, de soutien à l'emploi et de



sensibilisation — ne sont pas nécessairement incompatibles avec la normalisation positive, bien que certains services particuliers (tels que les écoles spéciales) peuvent être en fait au défavorable, plutôt que de renforcer une vie normale en gardant à l'esprit la notion de « rythmes » normaux de la vie.

Ainsi, la réelle normalisation (normalisation positive) vise essentiellement l'intégration des personnes en situation de handicap; le « principe de la normalisation » vise essentiellement à rendre disponible à toutes les personnes situation de handicap des « patterns » de vie et des conditions quotidiennes de vie qui sont aussi proches que possible de la situation ordinaire et des modes de vie ou de la société, à l'aide des moyens d'adaptation et d'accommodations (Bengt Nirje, The basis and logic of the normalisation principle, Sixth International Congress of IASSMD, Toronto, 1982).


En effet, il semble donc qu'il ne faut pas étouffer, ni détruire la différence, mais bien de l'encadrer afin de diminuer la souffrance, de restreindre les obstacles, à porter des améliorations au contexte et à l'environnement. La normalisation implique l'acceptation des personnes en situation de handicap, avec leurs incapacités, leur offrant les mêmes conditions que celles offertes aux autres citoyens. Elle implique une prise de conscience du rythme normal de la vie — y compris le rythme normal d'une journée, d'une semaine, d'une année, et le cycle de vie lui-même. Il s'agit des conditions normales de vie — de logement, de scolarisation, d'emploi, de l'exercice, des loisirs et de la liberté de choix. Cela inclut « la dignité de risque », plutôt que de mettre l'accent sur la « protection » (Bank-Mikkelsen, 1976, Misconceptions on the principle of normalisation, address to IASSMD Conference, Washington, D.c.).

Des malformations à la naissance, des séquelles d'accident ou de guerre, des conséquences de maladies chroniques ou du vieillissement pathologique, les troubles neuro-développementaux et des apprentissages peuvent rendre difficile la vie en société, notamment se former, travailler, se divertir, socialiser. Pour qualifier ces différences, de nombreux termes sont employés, infirmité, inaptitude, incapacité, dépendance, handicap, traduisant différentes façons d'aborder la relation entre, d'une part, le corps dans sa dimension physique et psychique et, d'autre part, la société et son environnement.

C'est le mérite de Philippe Wood d'avoir proposé un cadre conceptuel associant à la perspective limitative biomédicale à une perspective sociale complémentaire. Du coup, deux voies s'offrent pour combattre la situation de handicap : soit diminuer la déficience et l'incapacité, soit modifier l'environnement et les normes sociales (comme les exigences à l'école ou au travail). Mais cette vision était encore trop déficitaire et ne prenait pas en compte la situation sociale des personnes en situation de handicap, souvent stigmatisées et opprimées. Le handicap est d'abord un rapport au social. C'est ce que cherche à prendre en compte la nouvelle Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF) de l'OMS, visant essentiellement à remplacer le modèle de Wood.

Derrière ce débat conceptuel se cachent d'importantes questions de société qui ne concernent pas simplement les personnes en situation de handicaps, leurs familles et les professionnels qui souhaitent leur venir en aide. C'est le « vivre ensemble » qui est débattu. Les mesures d'accessibilité profitent à tout le monde. Plus globalement, faut-il normaliser (normalisation positive) chacun d'entre nous, et en particulier les personnes handicapées, ou revenir sur les normes (Organisation internationale de normalisation — ISO/CEI 71, Principes directeurs dans la normalisation pour répondre aux besoins des personnes plus âgées et celles ayant des incapacités) qui régissent l'organisation de celle-ci? Et il n'est pas sûr que la majorité des professionnels de santé aient compris les enjeux de la CIF et l'utilisent dans leur pratique. Ce sont également les règles administratives et les préoccupations financières qui dominent. Évidemment, changer sa façon de concevoir les personnes en situation de handicaps ou tout simplement âgées, et les normes de performance, de compétitivité, de flexibilité qui régissent notre société est une autre affaire.

Au sein de groupe de la population, le pourcentage des incapacités, de situation de handicaps ou de limitations est de plus en plus élevé. Si les personnes âgées et les personnes souffrant d'incapacités doivent



pouvoir être à même d'avoir leur place dans la société sur un pied d'égalité, il faut améliorer l'accessibilité des produits, des services et des environnements. Ainsi, la prédominance et la complexité croissantes de la technologie dans la vie de tous les jours présentent des occasions et des défis.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'incapacité comme la réduction temporaire, prolongée ou permanente ou l'absence de la capacité d'accomplir certaines activités ou de remplir certains rôles ordinaires, présentés parfois comme des occupations de la vie courante. La détérioration provient d'une anomalie d'un organe ou des fonctions physiques ou mentales du corps, laquelle entraîne une incapacité. Par handicap, on entend les conséquences sociales et environnementales qu'enclenche la détérioration d'une personne. Une personne atteinte d'une maladie mentale subit un handicap dans sa recherche d'un emploi si les employeurs la supposent d'emblée inapte à tout travail, mais pas s'ils lui offrent une chance. L'incapacité, la détérioration et le handicap sont interreliés. Alors qu'une détérioration peut être irréversible, une incapacité est souvent fonction de la situation, et un handicap peut être éliminé par un changement dans l'environnement. Les causes d'incapacité sont nombreuses. Le degré d'incapacité peut varier énormément d'une personne à l'autre, même s'il résulte d'une même cause.

Ajoutons qu'un diagnostic ou une étiquette (labeling) identifiant une cause d'incapacité n'aide souvent pas à comprendre les limitations fonctionnelles que peut vivre une personne. D'autres étiquettes d'incapacité servent à exclure des individus de la société normale.

L'identification et la classification des incapacités intéressent les scientifiques, les politiciens et les concepteurs de programmes, qui utilisent chacun ces informations à leur manière. Les scientifiques veulent étudier comment prévenir, guérir ou traiter ces incapacités. Les politiciens cherchent à connaître l'importance des groupes de personnes atteintes d'incapacité ainsi que leurs besoins en vue de légiférer et de recueillir des fonds à leur avantage. Quant aux concepteurs de programmes, ils veulent s'assurer que ceux-ci répondront aux besoins et prévoir pour l'avenir l'évolution à la hausse ou à la baisse de la demande de services. Jusqu'à présent, les scientifiques n'offrent pas de système global de classification qui soit d'application universelle.

Les personnes atteintes d'incapacité et leurs défenseurs reconnaissent l'utilité de disposer de données fiables sur le nombre de gens à qui leur incapacité pose des problèmes de manière à plaider en faveur de changements. Beaucoup se méfient cependant d'un système de nomenclature et de classification des incapacités qui risque de déshumaniser et d'isoler des groupes entiers de personnes.

On perçoit souvent les personnes ayant des incapacités comme violant les normes de manière indésirable. Beaucoup d'entre nous se sentent apeurés et mal à l'aise en présence d'une personne aussi différente d'eux, ce qui les pousse à l'éviter. D'où le risque de ne pas voir ses aptitudes, de minimiser les attentes à son endroit et de considérer ses réussites comme bien modestes. Sachant cela, des personnes capables de cacher une incapacité font souvent des pieds et des mains pour s'afficher comme « normales ». Cet état de fait peut cependant engendrer un stress énorme chez la personne qui craint que son incapacité ne soit découverte.

En plus de la protection légale contre la discrimination, ces personnes veulent que leur incapacité soit perçue non pas comme une déviance, mais plutôt comme une différence. Elles affirment que la société peut prendre en compte leur différence en adaptant l'environnement plutôt qu'en changeant l'individu.

Le résultat prend la forme d'un train de mesures destinées à éliminer les obstacles physiques dans les édifices publics, les parcs et les installations récréatives, dans les transports publics et commerciaux, dans les équipements et les programmes d'éducation, dans l'information, le logement et l'emploi. Certains de ces changements résultent de dispositions législatives (codes du bâtiment, mesures touchant l'éducation et l'équité dans l'emploi), d'autres sont le fruit d'efforts de persuasion.

La route conduisant au changement est semée d'embûches, mais certains groupes progressent plus vite que d'autres. Le grand public garde encore des préjugés envers les malades mentaux, qui restent dès lors

largement à l'écart de la société normale. Les changements véritables proviennent, en fait, des efforts consentis par les personnes handicapées elles-mêmes.

Pour ces personnes, il ne s'agit plus dorénavant d'adapter leurs comportements aux normes sociales dominantes, mais de contester les définitions qu'en donnent les personnes « normales » et de revendiquer le droit à la différence et aux mesures d'accueil de cette différence.

Le lien entre la culture et la situation de handicap est complexe et se joue à différents niveaux de détermination : l'environnement social et culturel peut être cause de handicap, la prise en charge de la personne est déterminée par la culture; la conception même du handicap dépend de déterminants culturels et oriente l'action à l'égard des personnes handicapées (Mercier, 1999). Les conceptions théoriques et les connaissances qui gèrent les pratiques sont, elles aussi, dépendantes de la culture et des représentations sociales propres à certains groupes sociaux, certaines situations, certains environnements. Par ailleurs, les théories scientifiques elles-mêmes déterminent les représentations sociales dans un champ social déterminé.

Les domaines normatifs, eux-mêmes articulés aux pratiques scientifiques, déterminent nos actions et nos représentations dans le champ du handicap. Pour aborder ce problème, nous nous référons donc à la référence normative de la définition du handicap telle qu'elle est décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) opérée par la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF).

-30-

Source : Journal L'UQAM, vol. XXXIX, no 7 (26 novembre 2012)

UQAM


<http://www.uqam.ca/entrevues/entrevue.php?id=1186>

Santé publique : la prévention précoce en question

Par Claude Gauvreau



Le 15 novembre dernier, un groupe d'experts canadiens a publié un rapport d'enquête insistant sur l'importance de mener des interventions précoces et soutenues auprès de familles exposées à l'adversité. Selon le rapport, les expériences défavorables – maltraitance, abus, négligence – vécues durant la petite enfance risquent d'entraîner des problèmes comportementaux à l'adolescence et à l'âge adulte, comme le décrochage scolaire, la dépression et l'anxiété. En matière de santé publique, la tendance à l'échelle internationale, depuis les années 1990, est à l'application de programmes de prévention de plus en plus précoce auprès de familles dites vulnérables. Le premier numéro hors série de la revue *Nouvelles pratiques sociales* (NPS), que dirige le professeur Michel Parazelli, de l'École de travail social, interroge les fondements théoriques, éthiques et politiques de la prévention



précoce, dont certaines approches se sont imposées au Québec, au Canada et en Europe. Paru au printemps 2012, ce numéro réunit des articles signés par des chercheurs universitaires et par des intervenants québécois et français des milieux communautaires dans les secteurs de la santé et des services sociaux.

Au cours des 20 dernières années, l'État québécois a élaboré plusieurs programmes qui consacrent la prévention précoce comme l'orientation à privilégier. En 2000 par exemple, le gouvernement a annoncé l'octroi de 22 millions de dollars sur six ans pour un programme ciblant de jeunes mères monoparentales et visant à prévenir les difficultés d'adaptation sociale chez les enfants, grâce, notamment, à l'acquisition de saines habitudes de vie. Puis, en 2008, un nouveau fonds de 400 millions de dollars sur dix ans a été créé pour le développement des enfants de 0 à 5 ans en situation de vulnérabilité.

«Presque tous les programmes envoient le même message, dit Michel Parazelli, il faut intervenir dès la petite enfance, voire dès la grossesse, entre autres auprès de jeunes mères monoparentales en milieu défavorisé, comme s'il y avait un lien de causalité direct entre la relation mère-enfant et la reproduction intergénérationnelle de la pauvreté. Appuyés par l'Organisation mondiale de la santé et l'OCDE, des experts prétendent avoir découvert les lois biologiques des troubles du comportement humain, écartant tout débat sur les autres visions du développement des individus.»

Un problème de santé mentale?

Au Québec, les différents programmes de prévention précoce reposent sur deux grandes approches du développement humain : la biopsychologie et l'écologie du développement. Selon l'approche biopsychologique, la qualité des relations de l'enfant avec son milieu familial contribuerait au développement de son cerveau, en particulier des régions liées à la régulation des émotions, à l'attention et à la maîtrise de soi. De son côté, l'écologie du développement prend en compte l'environnement immédiat et cherche à agir sur la réduction des facteurs de stress : logement insalubre, chômage, isolement social, etc.

«Les modèles biologiques de la prévention précoce réduisent les troubles de conduite chez les enfants et les adolescents à des problèmes neurologiques, cognitifs ou génétiques, soutient le professeur. Certains experts prétendent par exemple que la délinquance constitue un problème de santé mentale. D'autres associent l'hyperactivité d'un enfant à la probabilité qu'il devienne un futur délinquant. Les facteurs économiques, sociaux, culturels et politiques, souvent à la source des problèmes et débordant l'environnement immédiat, sont peu considérés.» Cette vision réductrice s'accompagne d'une tendance à la médicalisation des troubles de comportement, ajoute Michel Parazelli. «Une médicalisation adéquate permettrait, dit-on, de contrôler la délinquance.»

Depuis 2007, des partenariats publics/philanthropiques ont contribué à ancrer dans les milieux de pratique l'orientation comportementaliste de la prévention. C'est le cas des organismes Québec en forme et Avenir d'enfants, soutenus financièrement par la Fondation privée André et Lucie Chagnon et le gouvernement du Québec. Le chercheur critique ces initiatives qui auraient surtout

pour objectif «d'assurer à l'économie de marché un capital humain en bonne santé mentale et physique capable d'être productif et performant dans un environnement concurrentiel.»

Expériences alternatives

Il existe d'autres conceptions en prévention de la santé que celles associées à la prévention précoce prédictive. Le numéro de NPS rapporte différentes expériences alternatives au Québec et en France, que Michel Parazelli qualifie de «prévenantes» et qui prennent en compte les dimensions économiques, sociales et politiques des inégalités. «Plutôt que d'insister sur la responsabilisation individuelle, plusieurs expériences misent sur le potentiel de changement et la capacité d'innovation des communautés locales, en créant des contextes de socialisation pouvant inciter les jeunes à éviter la voie de la délinquance.»

-30-



Pharmacritique

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

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


17.05.2008

Marché des psychotropes: construction historique d'une dérive

Par la psychiatre Monique Debauche



Voici le texte d'une conférence de 17 janvier 2008, organisée par la revue *Prescrire*, donnée par **Monique DEBAUCHE**, psychiatre à la Free-Clinic Bruxelles, membre du Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé (Belgique). Elle aborde certains des facteurs essentiels qui nous ont amenés dans la situation catastrophique de surconsommation d'antidépresseurs et de marasme d'une psychiatrie dominée, à travers le DSM, par l'industrie pharmaceutique. Une psychiatrie devenue une technique de contrôle social et de normalisation de comportements et/ou tempéraments conçus comme déviants par rapport aux standards économiques néolibéraux en vigueur et aux représentations sociétales qu'il détermine. M. Debaucheanalyse aussi l'invention de maladies ("façonnage" ou *disease mongering*) pour écouler un médicament ; la production de « preuves » par la recherche médicale, à travers des études randomisées facilement manipulables pour donner les résultats attendus et permettre les ventes ; l'écriture des articles "scientifiques" par des "ghostwriters" (auteurs fantôme) ; un contrôle



quasiment inexistant par les agences du médicament ; le déclin de la psychiatrie en faveur d'entretiens directifs se soldant par la prescription de psychotropes, etc.

Marché des médicaments psychotropes : construction historique d'une dérive

Grandes lignes

- « La découverte de médicaments psychotropes a suscité beaucoup d'espoirs dès les années 1950, et a contribué au développement d'un modèle explicatif restrictif des pathologies mentales, impliquant une anomalie de la chimie du cerveau.
- 50 ans après, la consommation de médicaments psychotropes a littéralement explosée, mais paradoxalement la prise en charge des patients s'est détériorée.
- La dérive du marché des médicaments psychotropes est multifactorielle. Elle s'est progressivement construite au cours des dernières décennies, à la faveur de modifications réglementaires (obligation d'obtention d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) avant commercialisation) et dans un contexte d'économie de marché.
- L'évaluation des médicaments psychotropes est basée sur des essais cliniques randomisés (en anglais, "randomised clinical trials" (RCT)), financés par les firmes pharmaceutiques, qui s'en servent avant tout comme d'outils de promotion.
- Les essais cliniques en santé mentale sont souvent méthodologiquement faibles, rendant leurs résultats peu pertinents pour la clinique.
- Les méthodes de la recherche appliquées à la pratique clinique peuvent avoir des effets pervers néfastes dans la prise en charge des patients (appauvrissement du diagnostic, prise en charge contrainte par des recommandations biaisées).
- En psychiatrie, le rapport humain et l'engagement dans la durée auprès des patients reste primordial.


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

Avec la psychiatrie biologique, la psychiatrie espérait retrouver le champ clair et limpide de la médecine : une maladie = un traitement = la guérison. Mais ce faisant, elle rejetait dramatiquement dans l'ombre la réalité de la

pratique de la clinique médicale, psychothérapeutique ou psychiatrique, qui est celle du traitement pluridisciplinaire, de l'engagement humain au long cours auprès du patient, avec ou sans l'aide de psychotropes (3).

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

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



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

Le cas des antidépresseurs.

La dépression, terme qui désigne une douleur morale qui peut frapper nombre d'entre nous, est largement décrite et médiatisée. Des campagnes successives nous incitent à y prêter plus d'attention et à être plus interventionnistes dans toute forme de traitement. Et étrangement, dans cette circonstance comme dans d'autres qui touchent à la pathologie mentale, il semble que la qualité de nos traitements soit en net recul (4 à 7). Plusieurs méta-analyses de grande ampleur concluent que sur tous les patients inclus dans des études cliniques sur l'efficacité des antidépresseurs, seuls 50 % des patients connaissent une amélioration clinique mesurable sur l'échelle d'Hamilton (4). Ce qui est un résultat assez médiocre comparativement aux 40 % d'amélioration sous placebo (lire plus loin "Essais cliniques randomisés dans le domaine de la santé mentale : les limites").

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

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

Détérioration de la prise en charge des patients

Plusieurs études menées par Healy, un psychiatre et chercheur gallois, et ses collègues, sur la population d'un hôpital psychiatrique du Nord du Pays de Galles montrent une détérioration de la prise en charge des patients (6,7). En 50 ans, les mesures d'internement forcé en psychiatrie ont été multipliées par 5 ; les admissions pour pathologies mentales sévères par 7 ; le taux de suicide chez les patients schizophrènes par 20 et la mortalité générale pour les malades atteints de pathologies psychiatriques sévères a fortement augmenté.

Dérive du marché des médicaments psychotropes : une organisation multifactorielle

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



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

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

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

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


Évaluation des médicaments psychotropes : essais cliniques randomisés.

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

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

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

Les firmes et leurs prestataires (CROs) fixent les règles méthodologiques des essais avant de s'assurer la participation de psychiatres cliniciens, qui ont par ailleurs beaucoup à y gagner financièrement et en termes de notoriété. Face à la panne de l'innovation dans le domaine pharmaceutique, les firmes conçoivent actuellement les essais cliniques comme support à la promotion d'un produit récemment breveté pour une nouvelle indication ou pour un autre segment du marché. Les échelles de scores ne sont souvent pas conçues sur la base de critères de jugement pertinents ni afin de répondre à des questions qui se posent en pratique.



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

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

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


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

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

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

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

Par exemple, les patients qui reçoivent un "antidépresseur" ont 50 % de chance de ne pas ressentir d'effet bénéfique et 50 % de chance de ressentir un effet peut-être un peu plus bénéfique (ou peut-être simplement



comparable) qu'avec de la nicotine ou un antihistaminique. Il ne s'agit donc certainement pas d'un traitement spécifique ("magic bullet"). Avoir un effet sur une échelle de score ne veut pas dire qu'il s'agit d'un traitement efficace. C'est l'efficacité spécifique qui reste à prouver (par exemple, un effet sédatif avéré n'est pas une preuve d'efficacité sur les symptômes dépressifs). Pourtant, le patient sera convaincu par différentes sources d'information sur les antidépresseurs de recevoir un médicament à l'effet équivalent sur son mal-être que l'effet d'un antibiotique sur une pneumonie ou de l'insuline pour le diabète...

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

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

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


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

Ainsi, les résultats de l'évaluation des médicaments psychotropes telle qu'elle est actuellement menée peuvent amener à des régressions dans la prise en charge des patients. Par exemple, ces dernières années, des patients qui se sentaient bien sous des médicaments plus anciens (benzodiazépines, antidépresseurs tricycliques) se sont vus fortement incités, sous l'influence d'une promotion agressive, à se sevrer pour prendre un IRSS, ceux-ci ayant reçu une AMM pour le traitement de la dépression (e).

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

Conclusion

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




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

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

Références :

1. Healy D "The Creation of Psychopharmacology", Cambridge, Massachussets, London, England , Harvard University Press 2002 : 469 pages.
2. Shorter E, Healy D "Shock Therapy, A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness" New Brunswick, New Jersey and London, Rutgers University Press 2007: 381 pages.
3. Valenstein E "Blaming the Brain - The Truth About Drugs and Mental Health" New York, The Free Press 1998 : 292 pages.
4. In : 2003 de Dierick M, Anseau M, D'Haenen H, Peuskens J, Linkowski P (Eds). Manuel de Psychopharmacothérapie. Gent, Academia Press 2003 : 678 pages.
5. Coupechoux P "Un monde de fou : comment notre société maltraite ses malades mentaux" Paris Seuil 2006 : 358 pages.
6. Healy D, Harris M, Catell D et al. "Service utilisation in 1896 and 1996 : morbidity and mortality data from North wales" *Hist Psychiatrica* 2005 : 16, 27-41
7. Healy D, Harris M, Tranter R et al. "Lifetime suicide rates in treated schizophrenia 1875 1924 and 1994-1998 cohorts compared" *British J Psychiatry* 2006 : 188, 223-228.
8. Boutsen M, Laasman J-M, Reginster N "Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs" *Mutualité Socialiste de Belgique* 2006.
9. Briot M, Députée "Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes – Synthèse générale" Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé 2006. Site internet <http://www.psydesir.com/leg/spip.php?article1451>
10. OICS "L'abus de médicaments délivrés sur ordonnance va dépasser la consommation de drogues illicites, indique l'OICS" Communiqué de presse n°4 du 1er mars 2007. Site internet: http://www.incb.org/incb/fr/press_releases.html
11. Mignot G "Effets indésirables des antidépresseurs". Texte de la présentation à la réunion de consensus sur l'usage efficient des antidépresseurs dans le traitement d'indications autres que les troubles dépressifs. INAMI. Bruxelles, 31 mai 2007.
12. Mintzes B "Disease Mongering in Drug Promotion: Do Government Have a Regulatory Role ?" *PLOS Medicine* avril 2006. Site internet: <http://medicine.plosjournals.org>
13. Urfalino P "Le grand méchant loup pharmaceutique : angoisse ou vigilance" Paris, Textuel, Conversation pour demain, 2005 : 119 pages.
14. Kirk S., Kutchins H "Aimez-vous le DSM : le triomphe de la psychiatrie américaine" Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, Coll. Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1998 : 424 pages.
15. Hacking I "L'âme réécrite – Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire"

- 
16. Paris, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 2006 : 451 pages.
 17. Healy D "Trussed in evidence: guidelines, tramlines and fault lines". Texte de la présentation Pills, Politics and Practice Demanding People-Centred Medicines Policy in the 21st Century October 26-27 2006, Amsterdam. HAI Europe Jubilee Conference.
 18. Urfalino P, Hauray B "Expertise scientifique et intérêts nationaux. L'évaluation européenne des médicaments 1965-2000" Revues Annales. Histoire, Sciences sociales, 2007, n°2, Médicaments et Société.
 19. Dalgarrondo S "Savoir thérapeutique et logique commerciale. Le cas de l'AZT" Revues Annales. Histoire, Sciences sociales, 2007, n°2, Médicaments et Société.
 20. Prescrire Rédaction "Progrès thérapeutique : la faillite des agences" et "Les agences du médicament n'exigent pas assez d'évaluations comparatives", Prescrire, décembre 2002, n° 234 : page 847 et pages 850 et 851.
 21. Mol A "De logica van het Zorgen : Actieve patienten en de grenzen van het kiezen", Amsterdam, Vangennep, 2006 : 158 pages.

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

-30-



Pharmacritique

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

19.05.2008


Psychotropes dès le berceau ?

Le façonnage de maladies (disease mongering) nous mène tout droit au traitement à vie par psychotropes.

Conférence de Barbara Mintzes

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

« Tous bientôt sous "calmants" dès le berceau ?

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


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

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

Cette campagne publicitaire était menée par le Centre de recherche sur les enfants (Child Study Centre) de l’Université de New York. Le directeur de ce centre, le Dr Harold Koplewicz, parlait « d’une épidémie silencieuse de troubles psychiatriques chez l’enfant ». Le financement de cette campagne n’était mentionné ni sur les pancartes, ni dans les articles médiatiques, ni sur le site internet du centre, mais le Dr Koplewicz a été consultant pour Eli Lilly et a mené des recherches financées par GSK et d’autres firmes pharmaceutiques qui produisent des médicaments psychotropes. Les messages véhiculés par cette campagne renforcent l’idée de maladies sévères et sont extrêmement inquiétants. Ils suggèrent qu’une solution simple et abordable existe pour peu que la prise de conscience du problème soit générale : des moyens doivent être investis dans la recherche de traitements. L’idée que ces traitements puissent être inefficaces, mal évalués, ou même nocifs est complètement absente.

“Façonnage de maladies” : une stratégie marketing efficace

Cette campagne présente de nombreux éléments que le journaliste australien **Ray Moynihan** appelle le “façonnage de maladies” (“**disease-mongering**” en anglais), défini comme « des stratégies commerciales qui visent à élargir la définition d’une maladie traitable, pour augmenter la quantité de traitements vendus ou distribués » (1). Dans ce contexte, nommer une condition médicale de manière à ce que son “nom de marque” permette d’élargir la définition de la maladie est devenu un enjeu marketing crucial. Dans un article récent de la presse marketing, trois auteurs qui ont travaillé avec plusieurs firmes pharmaceutiques (Johnson & Johnson, Lilly, Novartis, Pfizer, Boehringer-Ingelheim, GlaxoSmithKline, Schering-Plough et Wyeth) expliquent comment créer un “nom de marque” fort pour une condition donnée (2). Par exemple, on peut changer le nom d’une condition



médicale pour éviter les impressions négatives ou la stigmatisation. L'impuissance est ainsi devenue "les troubles d'érection" ; la timidité, "la phobie sociale".

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

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

Conditions relatives à la "santé mentale" : des cibles idéales


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

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

Aux États-Unis, pays où la publicité directe aux consommateurs pour les médicaments de prescription est autorisée, les premières publicités grand public pour des médicaments psychostimulants datent de 2001. Avec ces campagnes, relatives à des médicaments dont les risques d'abus et de dépendances étaient connus (médicaments inscrits sur une liste de substances encadrées "schedule II"), une nouvelle étape avait été franchie en matière de publicité. Un article de *Time Magazine* parlait d'une "épidémie", avançant le nombre de 3 millions d'enfants atteints du syndrome (a).

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

Un autre exemple de publicité (voir la diapositive n°11) permet de constater que même si la réglementation américaine oblige à faire figurer de l'information concernant les risques du produit, la



taille ou la distance entre les caractères peuvent être adaptés de manière à ce que le lecteur ait tendance à ne pas lire cette section.

La dépression : un marché pour les antidépresseurs.

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

Dans la majorité des publicités pour les antidépresseurs, on voit l'idée que la cause de la dépression est un déséquilibre chimique, et que l'antidépresseur agit en corrigeant ce déséquilibre. C'est une théorie qui mène le patient vers une solution médicamenteuse, excluant la psychothérapie ou des solutions sociales. Un article publié dans *PLoS Medicine* a montré le manque de données scientifiques soutenant cette "théorie chimique" (b).

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


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

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

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

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

Une émission citait par exemple le chiffre d'un million d'enfants souffrant aux États-Unis d'un désordre bipolaire (9). Aux États-Unis, en 2003, l'analyse d'une base de données de 39 000 affiliés à une assurance maladie a révélé que 2% des affiliés de moins de 5 ans étaient diagnostiqués comme



souffrant de “troubles du comportement” ou de “troubles émotionnels” et que 0,3 % des affiliés de moins de 5 ans avaient reçu un médicament psychotrope (10).

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

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


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

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

Le souci chez les enfants est que les symptômes pour être étiqueté “bipolaire” sont minimalistes. Le dépistage par les parents ou instituteurs, qui décrivent ce qu’ils observent du comportement de l’enfant, peut amener à des diagnostics abusifs, qui peuvent être lourds de conséquences. La tragique histoire de la petite Rebecca Riley, emmenée chez le psychiatre par ses parents à deux ans, alors qu’elle parlait à peine, et décédée à l’âge de 4 ans des effets indésirables des 3 médicaments qui lui avaient été prescrit pour son désordre bipolaire (Seroquel^o (quétiapine), clonidine et Depakote^o (acide valproïque)), pose beaucoup de questions.

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

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



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

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

Elena Pasca

Notes :

a) En 2004, les chiffres de prévalence avancés pour le syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention étaient de 3% en Amérique du Nord, contre 0,03 %, soit 100 fois moins en France.

b) Si les antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ont effectivement un

effet sur les neurotransmetteurs, cela ne justifie pas l'affirmation que la cause de la dépression est un déficit en sérotonine. Les auteurs de l'article commentent : « un niveau bas de sérotonine ne cause pas la dépression plus qu'un niveau bas d'aspirine cause un mal de tête » (réf. 4).

Références :

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

Le nouvel **Observateur**

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 atténuait 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 influaient 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, pèseront 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 ».

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
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.

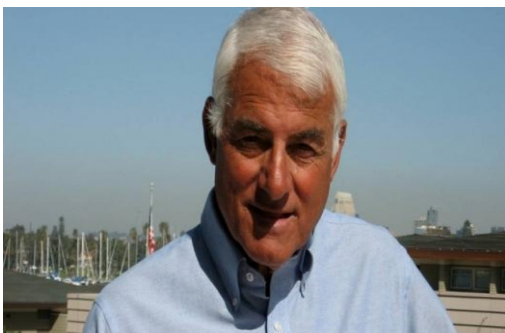
Démêler tous ces facteurs est un chantier qui s'annonce titanesque, mais l'étude de *The Lancet* représente tout de même un pas significatif dans la bonne direction.

Le nouvel **Observateur**


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

«La psychiatrie est en dérapage incontrôlé»

Créé le 29-03-2013



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)



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.

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.





Jean-François Cliche


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 ?

-30-

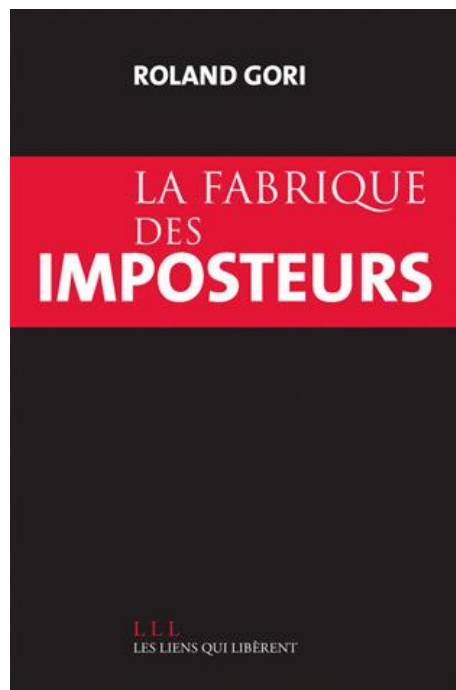


La fabrique des Imposteurs

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 empiétement 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.

-30-



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.*

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

-30-



<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 révoqués 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 déviations 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 !

-30-



*Regroupement des ressources alternatives
en santé mentale du Québec*

2349, rue de Rouen, 4e
Montréal (Québec), H2K 1L8
Téléphone: (514) 523-7919/1-877-523-7919
Télécopieur: (514) 523-7619
Site Web: www.rrasmq.com