

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

Revue de presse critique en santé mentale

Septembre 2013

Articles colligés par Robert Théoret



Contenu

Sommes-nous tous classés fous ?	3
DSM : quand la psychiatrie fabrique des individus performants et dociles	7
Nous sommes à peu près tous fous.....	13
La loi P-38, un pernicieux levier vers la psychiatisation sociale	16
LE SPM EXTRÊME, UNE MALADIE MENTALE?	19
Psychiatriser la vie ?	22
Le DSM nouveau est arrivé. Conclusion : Nous sommes tous des fous !.....	25
Mental health: On the spectrum.....	27
Préparez vos pilules, vous êtes tous fous !.....	34
Why Life in America Can Literally Drive You Insane	36
DSM, mon amour. Dispute sur la nature de l'âme humaine.....	43
Que faire des hystériques ?	59
Quand la mondialisation nous rend fous	62
The costly criminalisation of the mentally ill	66
Déséquilibre chimique	68
UN NEUROBIOLOGISTE CONTRE LA NEUROMYTHOLOGIE	69
Sourde bataille pour le temps.....	72



PSYCHOLOGIES.COM

<http://www.psychologies.com/Moi/Problemes-psy/Troubles-Maladies-psy/Articles-et-Dossiers/Sommes-nous-tous-classes-fous>

Sommes-nous tous classés fous ?

[Hélène Fresnel](#)

Juin 2013

Publié par la puissante Association américaine de psychiatrie, le *DSM* est l'outil psychiatrique le plus utilisé dans le monde. Sa dernière édition accumule les erreurs grossières et les confusions. Des psychiatres, des rédacteurs des manuels précédents, des psychanalystes mettent en garde contre sa publication, qui aboutira selon eux à des erreurs de diagnostic, mais surtout à un recours dangereux et excessif aux médicaments.

Sommaire

- [Un menu de symptômes](#)
- [Une catastrophe](#)
- [Triste après un deuil ?](#)
- [Un enfant colérique ?](#)
- [Vous êtes timide ?](#)
- [Vous êtes étourdi ?](#)
- [Vous êtes collectionneur ?](#)

Je ne comprends pas. Dans les publicités à la télé, ils disent que, grâce à cet antidépresseur, les gens vont mieux ! » s'exclame une mère désespérée dans *Effets secondaires*, le dernier film de Steven Soderbergh. Le réalisateur y décrit une Amérique perfusée aux psychotropes, dans laquelle des cadres supérieurs hallucinés gobent, comme des sucreries, des anxiolytiques fabriqués, marketés et vendus par des firmes spéculant sur leur rentabilité. Le héros, psychiatre, fait avaler un bêtabloquant à sa compagne, stressée par un entretien d'embauche en lui expliquant : « Ça ne fait pas de toi quelqu'un d'autre. Ça t'aide à être toi-même ! » La fiction reflète-t-elle la réalité ? Les bases de la psychanalyse et de la psychothérapie auraient-elles été avalées et digérées avec succès par l'industrie pharmaceutique ? Oui, hélas ! répondent des intellectuels, des psychiatres américains et européens. La faute à qui ? Au **DSM**, répondent-ils, alias le **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**.



UN MENU DE SYMPTÔMES

À quoi ressemble donc l'objet ? « À un menu de restaurant chinois », ironise le psychiatre et psychothérapeute américain Irvin Yalom. Pas faux : il ne s'agit de rien d'autre qu'une liste de « troubles » définis par des symptômes et numérotés, afin que les médecins et fonctionnaires des systèmes de santé puissent entrer des codes dans des logiciels administratifs. Vous reprendrez bien un peu de « trouble douloureux », ou plutôt de F45.4 ? Un dictionnaire brut dont la cinquième édition est sortie le 22 mai aux États-Unis et est attendue prochainement en France. « C'est un outil précieux, soutient quant à lui le

LE DSM-5, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)** est le manuel de référence de la sphère psy mondiale. Sa première édition a été mise au point en 1952 par l'Association américaine de psychiatrie. Au départ, l'objectif était de permettre à tous les psychiatres et chercheurs de s'accorder sur les diagnostics. Elle a tenté de mettre de côté les théories et de s'en tenir uniquement aux symptômes. Autrement dit, de ne pas se pencher sur les causes et de noter simplement que tel facteur correspond à telle pathologie. Depuis, les éditions se sont enchaînées, et le DSM prétend aujourd'hui recenser l'ensemble des troubles psychiatriques existants.

psychiatre Antoine Pelissolo, qui a participé à la traduction en français de la quatrième édition. Il nous permet à nous, chercheurs et cliniciens, de parler une langue internationale commune, particulièrement dans le domaine des études. Nous pouvons nommer, identifier les sujets sur lesquels nous travaillons, en discuter, échanger entre scientifiques issus de différents pays, cultures ; et, bien sûr, solliciter des budgets, des financements pour nos travaux. »

UNE CATASTROPHE

Cette nouvelle version est une catastrophe, assurent des rédacteurs des éditions antérieures et des psychiatres renommés, comme le professeur américain Allen J. Frances, qui avait supervisé le quatrième opus. Un avis partagé par Mikkel Borch-Jacobsen, philosophe et historien

de la psychiatrie : « Dans sa première version, le DSM ne recensait que cent six troubles mentaux. Dans sa troisième édition, à partir de laquelle tout a commencé à dérapier et qui rejette définitivement toute référence psychanalytique, le nombre est passé à deux cent soixante-cinq. Et depuis, c'est l'inflation. Certains qui n'existent pas ont été créés en s'appuyant uniquement sur des constellations de symptômes. Mais, dans le domaine des maladies mentales, ces derniers ne cessent de se croiser et sont souvent voisins d'une pathologie à l'autre. Les laboratoires se sont infiltrés dans les groupes d'experts de l'Association américaine de psychiatrie (APA), qui publie le manuel, leur suggérant de nouveaux troubles destinés à écouler les psychotropes qu'ils souhaitent mettre en vente sur le marché. »



Dans ses dernières parutions, le DSM a donc ajouté à sa nomenclature des émotions comme la colère, le stress ou le chagrin. Que se passe-t-il si les états émotionnels sont diagnostiqués comme troubles psychiatriques ? Les médecins prescrivent des médicaments fabriqués pour enrayer chimiquement la souffrance de leurs patients. Vous avez un problème ? La chimie sera la solution ! « L'année dernière, environ 20 % des Français ont utilisé des psychotropes », rappelle le psychiatre et psychanalyste Patrick Landman.

Jusqu'où ira l'absurdité ?

TRISTE APRÈS UN DEUIL ?

Toujours triste après deux mois de deuil ? *Vous souffrez d'un épisode dépressif majeur.*

Vous avez soixante jours pour vous remettre d'un deuil, selon le *DSM-5*, assure Christopher Lane, auteur d'un ouvrage de référence sur le sujet. Au-delà de cette limite, si vous n'êtes pas guéri, vous traversez sans doute un EDM, épisode dépressif majeur. D'après Maurice

A LIRE

- ***La Fabrique des folies* de Mikkel Borch-Jacobsen (Éditions Sciences humaines, 2013).**
- ***La Nouvelle Fabrique des fous, le scandale du DSM* de Patrick Landman et Allen J. Frances (Max Milo, 2013).**
- ***L'Homme selon le DSM, le nouvel ordre psychiatrique* de Maurice Corcos (Albin Michel, 2011).**
- ***Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions* de Christopher Lane (Flammarion, 2009).**

Corcos, pédopsychiatre à l'Institut mutualiste Montsouris, à Paris, « dans la troisième édition, c'était trois mois, et là nous sommes passés à deux. L'histoire personnelle n'est pas prise en compte. C'est une aberration totale. Même la revue scientifique médicale britannique *The Lancet* a dénoncé cette "nouveau". Nul besoin d'être psychanalyste pour rappeler que ça vaut la peine d'accepter ce moment d'introspection avec soi-même qu'est le deuil, de commémorer - c'est-à-dire de faire comme le mort, de rester en suspens avec lui, d'incorporer ce qu'il a encore à nous dire. Si ce processus est cassé par des antidépresseurs, les effets psychologiques et somatiques peuvent être graves. Cela

ressemble à une opération de marketing destinée à l'industrie pharmaceutique. Dès que les médecins généralistes verront que le patient est encore dépressif passé ces deux mois, ils multiplieront les prescriptions d'antidépresseurs ». Même analyse de Mikkel Borch-Jacobsen, qui parle de « cadeau fait aux labos ».

UN ENFANT COLÉRIQUE ?

Un enfant colérique à la maison ? *Il souffre du trouble d'humeur explosive.*



Tout jeune piquant plus de trois colères par semaine pendant douze semaines en serait atteint, selon le *DSM-5*. Maurice Corcos, estime, lui, que « ce trouble n'existe pas. C'est une abstraction. Il ne correspond pas à des données de terrain fiables et évaluées en plusieurs étapes, comme ce doit être le cas. Il répond à une logique de médecine préventive. Les rédacteurs du DSM veulent associer l'hyperactivité de l'enfant et les humeurs explosives de l'adolescence qui conduiraient aux troubles bipolaires à l'âge adulte. Il s'agit d'entretenir l'idée qu'il y aurait un lien entre les trois. Ainsi, ils pourraient traiter le problème avant même qu'il ne surgisse, même s'il ne surgit jamais ! Des enfants et des adolescents vont donc être surdiagnostiqués. »

TIMIDE ?

Vous êtes timide ? *Vous souffrez de phobie sociale.*

Si vous n'osez pas ou n'aimez pas utiliser les toilettes publiques, vous êtes malade ! Commentaire de Maurice Corcos : « La timidité est une notion relative. Aux États-Unis, ce n'est par exemple pas la même chose qu'au Japon. Dans ce pays, où il est d'usage de tenir des positions de retrait, beaucoup d'individus vont pouvoir être mis sous antidépresseurs. Là encore, les rédacteurs du manuel ne tiennent pas compte de l'histoire ou de la "socioculture" des autres régions du monde. Plutôt que de médicaliser, on pourrait aussi se demander quel est le feu intérieur qui fait rougir le timide, l'inciter à échanger, à bavarder avec un thérapeute. Mais cela demande plus de temps que de donner un médicament, c'est sûr ! »

VOUS ÊTES ÉTOURDI ?

Distrait ? Étourdi ? *Vous souffrez de troubles neurocognitifs mineurs.*

« Flottant », rêveur, vous oubliez parfois vos rendez-vous. Votre sens de l'orientation laisse à désirer. Avec l'âge, votre mémoire se fait sélective. Vous entrez dans cette catégorie, et constituez par là même une aubaine pour « les compagnies qui produisent des médicaments inefficaces contre la maladie d'Alzheimer, mais vont pouvoir recycler leurs molécules déficientes en jouant la carte de la prévention », diagnostique Mikkel Borch-Jacobsen. Maurice Corcos y voit aussi une célébration de « la culture de la performance, soucieuse de dépister les troubles démentiels le plus tôt possible pour les traiter. Qui va entrer là-dedans ? Les personnes âgées, certes, mais aussi les jeunes un peu distraits, ceux qui sont dans la lune... C'est très inquiétant, car cela ouvre la porte à une prescription médicamenteuse alors qu'aucune étude solide n'existe sur le sujet ».

VOUS ÊTES COLLECTIONNEUR ?

Collectionneur ? *Vous souffrez de troubles d'accumulation compulsive.*



Vous n'arrivez pas à jeter ? Vous avez parfois du mal à circuler chez vous parce que vous refusez de vendre ou de donner les meubles dont vous avez hérité ? Vous êtes malade. « Il ne faut pas exagérer. Il faut en avoir entassé, des choses, pour ne plus pouvoir se déplacer chez soi », soutient le psychiatre Antoine Pelissolo, qui défend l'apparition de ce trouble dans le DSM. Non, objectent certains de ses confrères, rappelant l'exigüité de bien des logements dans les grandes villes et la propension à entasser de nombreux individus. « Imaginez une personne âgée qui vit dans un tout petit appartement », remarque Mikkel Borch-Jacobsen. Maurice Corcos s'insurge : « Il va y en avoir des malades ! Tous ceux dont les armoires, dont les pièces débordent ? Non et non ! ce n'est pas une maladie. Juste le signe d'une gestion particulière de la perte, du deuil, qui consiste à investir les objets collectionnés ou conservés de l'aura du souvenir. Ils n'ont pas compris cela, à l'APA ! Considérer ceux qui ont une certaine complaisance à cultiver la nostalgie comme des malades mentaux revient à considérer que le temps n'existe pas. Et c'est exactement ce que véhiculent les dernières éditions du DSM. » Un rapport au temps perdu parce que seul comptent le présent, la performance et l'efficacité. Conclusion de Maurice Corcos : « Avec ce type de vision de l'existence, les médecins ne soigneront bientôt plus les patients. Ils les traiteront, ou plutôt, selon moi, les maltraiteront ! »

-30-



<http://www.bastamag.net/article3083.html>

MÉDECINE

DSM : quand la psychiatrie fabrique des individus performants et dociles

PAR [LAURA RAIM](#) (23 MAI 2013)

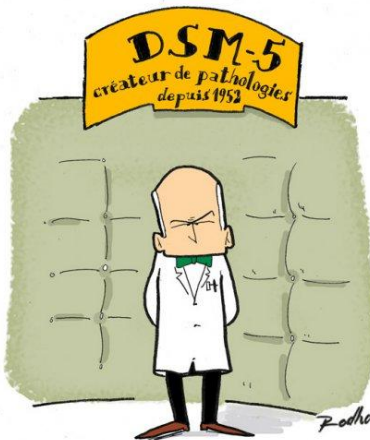
Sommes-nous tous fous ? C'est ce que laisserait supposer la nouvelle version du DSM, la bible des psychiatres recensant troubles mentaux et comportements « anormaux ». Plus on compte de malades, plus le marché de l'industrie pharmaceutique s'élargit. Surtout, le DSM apparaît comme un moyen de faire rentrer dans la norme ceux qui seraient jugés « déviants » – une part de plus en plus grande de la population. Ces « mal ajustés » de notre société orientée vers la rentabilité économique, où l'individu se doit d'être performant et adaptable. Enquête sur un processus de normalisation qui, sous couvert de médicalisation, façonne les individus.



Vous êtes timide ? Peut-être souffrez-vous de « phobie sociale ». Votre tristesse passagère, liée à un événement douloureux comme la perte d'un proche, n'est-elle pas plutôt une dépression ? Le territoire du pathologique semble s'étendre sans fin. Ces troubles psychiatriques sont recensés par le « DSM-5 », cinquième version du catalogue des affections mentales, ouvrage de référence des psychiatres, sorti le 19 mai. Avec son lot de « nouveautés ». Rares sont ceux qui ne se reconnaîtront pas dans l'un des 400 troubles répertoriés ! Avec ses critères toujours plus larges et ses seuils toujours plus bas, le DSM fabriquerait des maladies mentales et pousserait à la consommation de psychotropes, estiment ses détracteurs.

Alors que la première version du « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM*), publié en 1952, ne recensait qu'une centaine d'affections, son contenu n'a cessé d'enfler au fil des révisions, tous les vingt ans. Ses détracteurs pointent le risque de « médicaliser » à outrance des comportements finalement normaux. Selon la version antérieure, le DSM-4 (sorti en 1994), la moitié de la population des États-Unis pouvait être considérée comme souffrant de troubles mentaux, estime l'historien Christopher Lane. 38 % des Européens souffriraient de désordre mental [1] ! Pourquoi une telle inflation ? Sommes-nous en train de tous devenir fous ?

Les critiques du DSM mettent en avant la responsabilité des laboratoires pharmaceutiques.



Ces firmes chercheraient à étendre le « marché des troubles ». Et ont noué à partir des années 80 des liens étroits avec les psychiatres influents, à commencer par les rédacteurs du DSM : 70% des auteurs ont ainsi déclaré avoir des rapports financiers avec les labos [2]. Les ventes d'antidépresseurs et de neuroleptiques aux États-Unis représentent 24 milliards de dollars. En France, elles ont été multipliées par sept en deux décennies, et représentaient plus d'un demi-milliard d'euros au début des années 2000. Au-delà des conflits d'intérêts, cette « pathologisation du normal » révèle

bien d'autres choses. Avant d'être un outil de diagnostic de maladies mentales, le DSM ne serait-il pas plutôt un dispositif de normalisation des conduites, dans une société orientée vers la rentabilité économique ?

Rentrer dans la norme



Dans ce répertoire des affections mentales, il est davantage question de comportement que de souffrance. Un choix revendiqué par les auteurs : « Pour être le plus objectif possible et s'assurer qu'un même patient aurait le même diagnostic qu'il soit à Paris, New York ou Tokyo, l'Association des psychiatres américains (APA) a décidé d'écarter toute théorie explicative, source de dissensus parmi les différents courants de la pensée psychiatrique, et de rester au niveau de l'observable, sur lequel tout le monde peut être d'accord. Or l'observable, c'est le comportement », explique le psychiatre Patrick Landman [3]. Président du collectif [Stop DSM](#), il s'oppose depuis trois ans à la « pensée unique DSM ». Se contenter d'observer les comportements pour établir un diagnostic permet d'échapper aux biais culturels, moraux ou théoriques des différents cliniciens. Mais cette standardisation se fait au prix d'une grande simplification de la complexité des problèmes rencontrés en psychiatrie.

L'abondance des troubles du comportement et de la personnalité dans le DSM « est emblématique d'une psychiatrie qui se préoccupe moins de la vie psychique des gens que de leur comportement », ajoute le psychiatre Olivier Labouret [4]. Un comportement qui doit avant tout être conforme à la norme. « Il n'est pas anodin que le DSM n'emploie pas le mot "maladie", qui renvoie à la souffrance ou à la plainte émanant du patient, mais le mot "trouble", qui est la mesure extérieure d'une déviation de la norme, souligne le psychiatre. Le trouble, c'est ce qui gêne, ce qui dérange ».



Quand l'homosexualité était une « affection mentale »

Ces normes développées par la psychiatrie n'ont pas attendu les versions successives du DSM pour se manifester. Dans son cours au Collège de France sur les « anormaux », le philosophe Michel Foucault expliquait comment à partir du milieu du XIXe siècle, la psychiatrie commence à faire l'impasse sur le pathologique, la maladie, pour se concentrer sur « l'anormal » : la psychiatrie a « lâché à la fois le délire, l'aliénation mentale, la référence à la vérité, et puis la maladie, explique le philosophe. Ce qu'elle prend en compte maintenant, c'est le comportement, ce sont ses déviations, ses anomalies ». Sa référence devient la norme sociale. Avec ce paradoxe : la psychiatrie exerce son pouvoir médical non plus sur la maladie, mais sur l'anormal.

Une analyse qui rejoint celle de l'antipsychiatrie américaine. Pour le professeur de psychiatrie Thomas Szasz, les « maladies mentales » ne sont que des « mythes » servant à



médicaliser les comportements jugés indésirables ou immoraux au sein de la société [5]. « *Le sort de l'homosexualité, inclus puis exclu du DSM au gré de l'évolution des mentalités aux États-Unis, illustre à quel point le manuel reflète moins l'état d'une recherche scientifique sur les maladies que les normes de "l'acceptable" d'une époque* », rappelle le philosophe Steeves Demazeux, auteur de [Qu'est-ce que le DSM ?](#).

Traquer les « déviants » ?

Tous les comportements ne subissent pas le même traitement. « *Si vous parlez à Dieu, vous êtes en train de prier, si Dieu vous parle, vous êtes schizophrène* », écrivait ainsi Thomas Szasz. Et des « paraphilies » (pour ne pas dire « perversions »), telles que le masochisme et le fétichisme, demeurent dans la catégorie des « troubles sexuels », témoignant de la culture puritaine américaine dans laquelle baignent les auteurs, et à laquelle la population est invitée à se conformer. La psychiatrie, qui détecte et désigne les déviants à l'époque moderne, ne ferait selon Szasz que remplacer l'Inquisition qui traquait les sorcières au Moyen-Âge. Les inquisiteurs avaient pour guide le *Malleus Maleficarum*, les psychiatres... le DSM.

Sans doute les normes d'une époque ont-elles toujours influencé le partage des eaux entre le normal et le pathologique. Mais cette influence a longtemps été cantonnée en arrière-plan. Le DSM-3 franchit un cap dans les années 80 en faisant de ces normes les critères directs et explicites de chaque trouble. Un exemple : « *Avec le DSM-5, il faut avoir moins de trois accès de colère par semaine pour être un enfant "normal"* », explique Patrick Landman. Les autres – ceux qui dévient de cette norme – seront désormais étiquetés « trouble de dérégulation d'humeur explosive » ! Et pourront être « normalisés » par des médicaments. En prenant par exemple de la ritaline, cette molécule à base d'amphétamines consommée à haute dose aux États-Unis, pour améliorer la concentration des écoliers. Près de huit



millions d'enfants et d'adolescents américains de 3 à 20 ans prennent des antidépresseurs ou des calmants. Le DSM non seulement reflète les normes sociales du moment, mais les renforce en les transformant en normes médicales.

Le « bon fonctionnement de l'individu », un enjeu économique

Un des critères d'une grande partie des troubles – que ce soit la schizophrénie, l'hyperactivité ou le trouble des conduites – est l'« *altération significative du fonctionnement social ou professionnel* ». Le choix des termes n'est pas innocent : la « fonction » d'un organe, d'un appareil ou d'un outil se rapporte toujours à



une totalité subordonnante. On parle ainsi du bon ou du mauvais fonctionnement du foie ou du rein relativement à l'organisme. Parler de la « fonction » ou du « bon fonctionnement » de l'individu trahit le fait que celui-ci n'est pas une fin en soi. L'individu doit « fonctionner » correctement dans l'entité qui le subordonne : l'entreprise, l'école, la société. C'est cela que l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) du DSM-4 (datant de 1994) se propose de mesurer. Êtes-vous au « top » de votre « fonctionnement social, professionnel ou scolaire ». Ou celui-ci subit-il une « altération importante » ou « légère » ? Si vous êtes *« intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie »*, vous avez des chances d'obtenir une note de 90 sur une [échelle](#) allant de 0 à 100...

Et votre « fonctionnement social » intéresse au plus haut point votre pays. Car pour les États, c'est leur puissance économique qui est en jeu : *« L'Union européenne évalue entre 3 et 4 % du PIB les coûts directs et indirects de la mauvaise santé mentale sur l'économie »*, indique en 2009 le rapport du Conseil d'analyse stratégique sur la santé mentale. Invalidité, accidents du travail, absentéisme, baisse de la productivité... Autant d'impacts de la santé psychologique des travailleurs sur l'économie. Le rapport évoque les « nouveaux impératifs de prévention des formes de détresse psychologique et de promotion de la santé mentale positive ou optimale. ». Concrètement ? Il s'agit d'investir dans *« le capital humain »* des personnes, en dotant *« chaque jeune d'un capital personnel »*, dès la petite enfance. Objectif : que chacun développe très tôt les *« compétences clés en matière de santé mentale »*. Des *« aptitudes qui se révèlent in fine plus adaptées aux demandes du marché du travail »*, explique le Conseil d'analyse stratégique...

Le travailleur idéal : performant, invulnérable et sûr de lui

Et pour cause : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit en 1993 ces compétences psychosociales comme *« la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne »*. Autrement dit, *« être capable de s'adapter aux contraintes sans jamais questionner le bien-fondé ou la justice de la situation, voilà ce qui est attendu de quelqu'un de "normal" »*, résume Olivier Labouret. *Le DSM reflète l'idéal transhumaniste de l'homme que l'on peut programmer et améliorer pour qu'il soit compétitif sur le marché du travail »*.

Les patients les mieux « notés » sur l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement du DSM ont *« un niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités »* et ne sont *« jamais débordés par les problèmes rencontrés »*. A la plus grande satisfaction de leur employeur ! *« L'homme idéal sous-jacent du DSM est performant, invulnérable et sûr de lui »*, poursuit le psychiatre. *En cela, le DSM traduit une conception évolutionniste de la*



psychologie : seul l'individu "vulnérable" ou "fragile" n'arrive pas à s'adapter à la réalité socio-économique, puisque la majorité semble y arriver. »

La psychiatrie au service de la productivité ?

Ce normativisme social au service de la productivité économique n'est pas nouveau. Mais la « bible des psychiatres » applique et renforce les normes, de manière systématique et globale. Ses effets sont repérables dans toutes les institutions, bien au-delà de l'hôpital. Aux États-Unis et en Australie, les mutuelles, les tribunaux et les écoles s'y réfèrent pour étayer leurs décisions. Et les gouvernements mènent des politiques de santé publique ciblant des « catégories DSM » de la population.

En France, si le manuel n'a pas encore force de loi, sa présence s'intensifie. « *On utilise en France surtout la classification de l'OMS, la Classification internationale des maladies (CIM). Mais celle-ci est quasiment calquée sur le DSM, que la Haute autorité de Santé reconnaît déjà officiellement d'ailleurs, explique Patrick Landman. Le DSM est enseigné dès les premières années de médecine. Tous les généralistes y sont donc formés. « Quant au champ de la recherche, on ne peut pas publier un article si l'on n'utilise pas les codes du DSM. Et les laboratoires, qui financent les formations postuniversitaires, ne jurent que par lui. »*



La violence du système néo-libéral occultée

Bon nombre de souffrances, difficultés, émotions, traits de caractère ou préférences sexuelles, se retrouvent inscrits dans le DSM, alors qu'ils ne devraient pas relever du champ médical. La grande majorité des praticiens et des patients ne songent pas à questionner le statut de ces « troubles » ainsi officialisés. Ni à remettre en cause les normes sociales qui ont présidé à la formation de ces catégories. Ce sont toujours les êtres humains qui, « inadaptés », souffriraient de « dysfonctionnements ». Ils sont invités à identifier leurs troubles et recourir à un traitement qui leur permettra de rapidement redevenir « fonctionnels »... Notamment sur le marché du travail. Une violence symbolique du système néolibéral, qui se dénie comme telle, du fait de son déplacement dans le champ psychologique et médical, déplore Olivier Labouret. « *La pression normative écrasante qui en résulte, désormais occultée, empêche toute possibilité de comprendre et de réformer l'ordre du monde ».*

Nous sommes désormais non plus malades, mais « mal ajustés ». Un mot de la psychologie moderne, utilisé plus que tout autre, estime Martin Luther King en 1963 : « *Certainement,*



nous voulons tous éviter une vie mal ajustée, admet-il. Mais il y a certaines choses dans notre pays et dans le monde auxquelles je suis fier d'être mal ajusté (...). Je n'ai pas l'intention de m'ajuster un jour à la ségrégation et à la discrimination. Je n'ai pas l'intention de m'ajuster à la bigoterie religieuse. Je n'ai pas l'intention de m'ajuster à des conditions économiques qui prennent les produits de première nécessité du plus grand nombre pour donner des produits de luxe au petit nombre ».

Laura Raim

Illustrations : © [Rodho](#) pour [Basta !](#)

Notes

- [1] Étude de 2011 publiée dans la revue *European Neuropsychopharmacology*
- [2] Lire notamment Jean-Claude St-Onge, *Tous fous ?*, Ed. Ecosociété, 2013.
- [3] Auteur de *Tristesse business. Le scandale du DSM 5*, éd. Max Milo, 2013.
- [4] Auteur de l'ouvrage *Le nouvel ordre psychiatrique*, éd. Erès, 2012
- [5] Son raisonnement est le suivant : pour qu'il y ait maladie, il faut qu'il y ait lésion. De deux choses l'une : soit il y a lésion du cerveau, il s'agit alors d'une maladie du cerveau (même si elle perturbe le comportement, comme l'épilepsie) et non pas de l'esprit. Soit il y a une souffrance mentale mais pas de lésion, alors il ne s'agit pas de maladie.

-30-

leSoleil

Publié le 17 février 2013 à 05h00

<http://www.lapresse.ca/le-soleil/vivre-ici/coin-du-psy/201302/16/01-4622454-nous-sommes-a-peu-pres-tous-fous.php>

Nous sommes à peu près tous fous...



[YVES DALPÉ](#), collaboration spéciale

Le Soleil

(Québec) Courez, vous procurer le tout nouveau livre de Jean-Claude St-Onge (*Tous fous?*) qui dénonce les conséquences désastreuses des compagnies pharmaceutiques sur la psychiatrie. Vous pouvez aussi écouter l'entrevue qu'accordait cet auteur au journaliste



Yanick Villedieu dans l'émission scientifique Les années-lumière de Radio-Canada, le 3 février dernier.

Il est devenu urgent, selon moi, que le Québec prenne conscience de la dérive actuelle de la biopsychiatrie qui explique les souffrances humaines normales par le dérangement chimique du cerveau. Je sais que ce sujet fait énormément réagir les gens.

Mais cette contestation de l'approche purement chimique des souffrances morales est devenue nécessaire. Et le public doit connaître le rôle pernicieux des compagnies pharmaceutiques qui exercent une influence néfaste sur la psychiatrie. Je vous fais donc part aujourd'hui de certaines informations livrées par Jean-Claude St-Onge, qui me sont d'ailleurs familières.

Le nombre de «maladies mentales» répertoriées dans «la bible» des psychiatres (le DSM) ne cesse d'augmenter jusqu'à inclure des états normaux. Par exemple, la tristesse engendrée par la perte d'un être cher devient une dépression majeure si elle perdure au-delà de deux semaines! D'autres exemples: le bégaiement, le syndrome prémenstruel, la timidité (rebaptisée phobie sociale), l'éjaculation précoce. Ou encore le trouble du déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH), dont les critères font en sorte qu'un pourcentage incroyable d'enfants tombe dans ce diagnostic.

Ces «maladies mentales» ouvrent la porte aux compagnies pharmaceutiques qui peuvent ainsi vendre leurs remèdes. Nous assistons aujourd'hui à une fausse épidémie de maladies mentales fabriquée de toutes pièces par les compagnies pharmaceutiques, déplore Jean-Claude St-Onge. Est-ce normal d'après vous que les deux tiers des psychiatres ayant siégé à l'équipe de rédaction du DSM aient été en conflit d'intérêts, puisqu'ils étaient rattachés à des compagnies pharmaceutiques? Si on se fie à tous les diagnostics du DSM, nous serions à peu près tous fous, raille St-Onge.

Détrompez-vous si vous croyez que les psychotropes (les médicaments utilisés en psychiatrie comme les antidépresseurs, les anxiolytiques, les somnifères, etc.) sont tous issus de recherches scientifiques rigoureuses, car on y déplore de graves erreurs méthodologiques et de la manipulation de données à grande échelle.

Est-ce normal qu'on ne publie dans les revues scientifiques que les résultats favorables aux médicaments? Et saviez-vous que si on considère les recherches non publiées, l'efficacité prétendue des psychotropes s'affaisse? Saviez-vous aussi qu'après 40 ans de recherche, on n'a jamais pu établir que la dépression était causée par un manque de sérotonine? En 20 ans, les compagnies pharmaceutiques ont été condamnées à 20 milliards \$ d'amende!



Par ailleurs, les diagnostics psychiatriques sont hautement subjectifs. Il n'y a pas de test médical comme une prise sanguine qui puisse en témoigner de façon objective. Le taux de concordance entre psychiatres sur les différents diagnostics est très faible. L'auteur de *Tous fous?* cite une recherche dans laquelle trois médecins sur quatre se sont trompés sur le diagnostic du TDAH.

Autre aspect minimisé: les nombreux effets indésirables des psychotropes qui sont passés sous silence et peuvent être désastreux. St-Onge parle même d'hécatombe dans les maisons pour personnes âgées. Les psychotropes les entraînent dans la mort.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, je n'ai aucun avantage professionnel ou personnel à propager ces faits, croyez-moi. C'est tout le contraire, car je risque de déplaire à beaucoup de personnes qui vont tirer sur le messenger. Comme je suis psychologue clinicien, on s'imagine que je prêche pour ma paroisse. Vous savez, ce serait tellement plus simple d'écrire que médicaments et psychothérapie sont en complémentarité et qu'on travaille tous main dans la main...

Mais j'ai plutôt envie de crier: non, nous ne sommes pas des machines chimiques, c'est faux. Et cessons de vivre dans l'illusion des solutions miraculeuses et rapides qui viennent de l'extérieur. Les solutions au mal de vivre et aux problèmes existentiels ne résident pas dans la pilule. Elles passent plutôt par l'entraide et la prise en charge de soi-même. Elles demandent de la réflexion, de l'effort, de la discipline, des changements d'attitudes, de comportements, de style de vie, etc. Les solutions aux médicaments sont nombreuses et efficaces: l'éducation, l'exercice, l'hygiène de vie, la bibliothérapie, la psychothérapie individuelle et en groupe, etc. Et non, nous ne sommes pas «malades» quand nous traversons des épreuves.

Comme je le comprends, les psychotropes peuvent être utiles dans des situations bien particulières et de façon temporaire. Mais ils sont devenus une panacée généralisée et idéalisée à tort, non sans graves conséquences.





<http://www.lecollectif.ca/la-loi-p-38-un-pernicieux-levier-vers-la-psychiatisation-sociale/>

La loi P-38, un pernicieux levier vers la psychiatisation sociale

10 janvier 2013

Étienne Boudou-Laforce

À travers les siècles, maintes visions souvent fort différentes, voire opposées, se sont succédé de notre conception de ce qui est différent ou dérangement au sein d'une société. Assujettie à la culture, la religion, aux mœurs et à nos connaissances relatives à la santé mentale, la représentation d'une personne a subi les règles et les lois de quelques personnes bien pensantes qui se donnaient le droit de déterminer qui pouvait se considérer comme normal ou anormal.

Alors que le XXI^e siècle nous permet de nous inscrire dans une soi-disant démarche plus civilisée et humanitaire – en regard par exemple de l'époque du « Grand Renfermement » du 17^e siècle où l'on a réduit au silence et enfermé en institution un grand nombre de personnes sous prétexte d'uniformisation morale et sociale –, force est d'admettre qu'il y a encore beaucoup de chemin à faire pour nous défaire d'une certaine hégémonie psychiatrique et d'un relent institutionnel. La loi P-38, s'inscrivant dans les nombreuses et complexes « transformations intentionnelles en matière d'intervention psychosociale (désinstitutionalisation, sectorisation, rotation, communautarisation, déjudiciarisation, virage ambulatoire, etc.) » (Otero, 2007) en est un cas de figure.

Au Québec, depuis 1998, en vertu de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, surnommé « loi P-38 », un agent de la paix peut détenir une personne contre son gré dans un établissement de santé sans qu'elle ait commis quelque crime que ce soit. On appelle cette intervention la garde préventive. Elle fait partie des autres mesures du même genre, soit la garde provisoire et la garde autorisée. La première, résultant d'une ordonnance judiciaire, force l'individu à subir deux évaluations psychiatriques et ce dernier peut être détenu dans un établissement de santé jusqu'à un maximum de 96 heures. Elle survient lorsque deux personnes, habituellement des proches ou le médecin traitant, soumettent une Requête d'évaluation psychiatrique à la Cour du Québec et obtiennent gain de cause. La deuxième, elle aussi ordonnée par la cour, suppose l'obligation pour une personne à rester à l'hôpital pour une période déterminée.



Une loi et ses dérives

Si la loi d'exception P-38 peut se donner bonne conscience en prétextant qu'elle veut offrir une protection au public, il nous faut admettre que depuis sa mise en œuvre et son application il y a maintenant 15 ans, plusieurs critiques solidement fondées (loi mal définie et pauvrement encadrée entre autres), soulignent les dérives d'une loi d'exception qui s'est métamorphosée au fil du temps en pratique d'oppression. Même si elle peut s'avérer légitime à plusieurs occasions (menaces homicides, fortes idées suicidaires, psychoses), il arrive encore trop fréquemment que les droits d'une personne soient bafoués, notamment à l'égard de son droit d'être traitée avec respect et dignité, d'être informée ou encore de refuser un traitement.

Des éléments explicatifs se trouvent peut-être dans le fait que la loi ne définit pas avec précision ce qu'est la dangerosité. On semble confondre dérangement et danger réel. Une confusion subsiste aussi concernant le départage de l'évaluation de l'état mental. Qui peut poser le « diagnostic » et avoir préséance ? Il semble y avoir absence de hiérarchie claire dans le processus décisionnel entre les différents acteurs pouvant utiliser la loi P-38 (DSMMSSS, 2011). Est-ce le médecin, le psychiatre, l'intervenant de crise, le policier qui a force de loi ? Rien n'est moins certain. Et malheureusement cette confusion amène fréquemment des zones grises et un flou considérable où l'on conjugue maladie mentale, pauvreté, criminalité, détresse psychosociale et dangerosité mentale.

Le plus souvent, c'est même l'agent de la paix qui, sur le vif, se voit contraint de prendre une décision pour laquelle il n'a souvent pas la formation requise. Considérant que les services d'aide en situation de crise ne sont pas disponibles partout au Québec, les intervenants qui auraient l'expertise nécessaire pour désamorcer la crise et poser une estimation éclairée sur la dangerosité et l'état mental sont sous-utilisés. Et pourtant, s'ils étaient convoqués, ils pourraient certainement éviter à plusieurs l'application de cette loi.

Par ailleurs, bien que le changement de terminologie à la loi ayant amené « maladie mentale » à devenir « état mental » suggère une noble intention, à savoir une diminution de la stigmatisation faite aux personnes vivant avec un trouble de santé mentale, dans les faits, cette modification tend malheureusement à élargir les interventions possibles à l'ensemble de la population, que celle-ci « soit dangereuse ou non, urgentes ou non », comme le souligne le sociologue Marcelo Otero (2007). En effet, les demandes de requête n'ont cessé d'augmenter avec le temps. Maintenant, tout un chacun peut subir la P-38. De plus, on ne manque plus d'exemples où on garde en établissement psychiatrique des personnes qui dérangent leur entourage ou qui sont bruyantes pour le voisinage. La dangerosité devient donc une notion très élastique, et la requête pour garde en établissement psychiatrique devient un outil de contrôle social.



Psychiatisation de la vie sociale

Le marché de la maladie psychique de même que le recours aux médicaments s'accroissant, un constat s'impose : notre culture occidentale accepte et tolère difficilement la souffrance psychique et les dysfonctionnements sociaux, les logiques hédonistes, productivistes et commercialistes aidant. Désormais, le conditionnement culturel veut que pour exister, il faut mener une vie active, une vie axée sur l'égo. Ainsi, le glissement est de voir bientôt chaque comportement et chaque émotion humaine moindrement transgressif se voir cataloguer comme anormal. Dans notre société qui craint la déviance, il advient que les émotions et pulsions trop vives sont dans la mesure du possible exclues. Au même titre que la médication participe activement à l'exercice d'un contrôle social des comportements indésirables, la loi P-38 s'inscrit contre l'inquiétude et favorise une apparente cohésion de la société.

Avec l'arrivée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) en 1952 et ses éditions subséquentes, le spectre de la santé mentale s'élargit et entraîne une multiplication dangereuse des diagnostics de troubles mentaux. Quand on pense au fait que « les agents de la paix amènent trop souvent des personnes à l'hôpital sous la simple présomption d'un problème de santé mentale » (Caron, 2009), il importe de s'inquiéter puisque les dérives relevées précédemment pourraient s'accroître dramatiquement. Ainsi, la loi P-38 serait-elle est sur le point de cristalliser notre manière d'appréhender la normalité et la pathologie ?

En définitive, le cadre législatif entourant la loi P-38 participe activement, au nom de la santé publique, à la définition d'une norme de comportements de l'existence et s'évertue à gérer le danger social comme risque pathologique ; ce qui tend vers une psychiatisation de la société pour le moins inquiétante.





SANTÉ MENTALE

Édition du 21 mai 2013, section PAUSE SANTÉ

<http://plus.lapresse.ca/screens/4ec6-e128-51967615-a303-2c3aac1c6068%7CKt2if-uZc8Gd>

LE SPM EXTRÊME, UNE MALADIE MENTALE?

PSYCHIATRISER LES MENSTRUATIONS

VALÉRIE SIMARD / LA PRESSE

« Quelqu'un aurait pu marcher sur mon gros orteil pendant mon SPM et je lui aurais sauté dans la face. » Linda a reçu un diagnostic de trouble dysphorique prémenstruel dans la trentaine. Avec la stigmatisation qui va avec. On lui a prescrit des antidépresseurs. Son médecin disait que c'était dans sa tête. Maladie mentale ou pas, le trouble dysphorique prémenstruel ? La publication du DSM-5 soulève le débat.

L'Association psychiatrique américaine (APA) lancera demain la cinquième mouture du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Publiée pour la première fois en 1952, cette bible des maladies mentales est un ouvrage hautement reconnu, mais aussi de plus en plus controversé. Il est utilisé en référence en matière de diagnostic aux États-Unis et au Canada. Sa première mouture dressait la liste d'une centaine de pathologies. La quatrième en compte 297 et la cinquième pourrait en contenir une centaine de plus, dont le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM).

Dans le DSM-IV, le TDPM était inclus en annexe avec les autres troubles nécessitant plus de recherche. Dans le DSM-5, il sera vraisemblablement une catégorie à part entière, au même titre que la dépression majeure et le trouble bipolaire.

« On invente des maladies !, s'indigne le philosophe Jean-Claude St-Onge, auteur des livres *Les dérives de l'industrie pharmaceutique* et *Tous fous ?*. L'idée est d'inscrire de plus en plus de diagnostics au DSM et de diminuer les critères, pour prescrire davantage de médicaments. »

Bien que la majorité des femmes ressentent, à divers degrés, les symptômes du syndrome prémenstruel, le trouble dysphorique prémenstruel touche entre 2 % et 5 % de la population féminine, généralement des femmes âgées de plus de 30 ans. Pour qu'un diagnostic soit établi, cinq des onze symptômes listés dans le DSM doivent être présents pendant la plupart des cycles menstruels de la dernière année. Ces symptômes, qui touchent surtout l'humeur, vont de l'irritabilité marquée à l'anxiété. Ils apparaissent



généralement une semaine avant le déclenchement des règles et s'estompent lorsque celles-ci débutent.

Un quotidien perturbé

« Le critère important est qu'à cause des symptômes, le fonctionnement de tous les jours est perturbé, précise le Dr Richard Bergeron, psychiatre et fondateur de la Clinique du syndrome prémenstruel du Centre hospitalier Pierre-Janet, à Hull. Si vous avez des troubles prémenstruels et que vous êtes capables de vous occuper de votre famille et d'aller au travail, ce n'est peut-être pas le trouble dysphorique. »

Les femmes atteintes d'un trouble dysphorique prémenstruel voient leur vie bouleversée une semaine par mois. Le Dr Bergeron raconte que certaines ont perdu leur emploi, d'autres leur conjoint. Une mère a même jeté à la rue sa fille de 18 ans.

« J'avais de la misère parfois à sortir de chez moi, raconte Linda, qui préfère conserver l'anonymat. C'en était rendu à des attaques de panique. C'était très difficile de fonctionner au travail. J'avais de l'anxiété, j'étais impatiente, je faisais de l'insomnie, j'avais des ballonnements et mal aux articulations. »

Les antidépresseurs que lui a prescrits son médecin n'ont fait qu'accroître son anxiété. Il y a un an et demi, elle s'est tournée vers l'hormonothérapie. Avec succès, dit-elle. L'inscription de son trouble au DSM la choque profondément. « Ça n'a pas rapport avec la maladie mentale, ça a rapport avec un déséquilibre hormonal », dénonce-t-elle.

La faute des hormones?

On ne connaît pas encore les causes du trouble dysphorique prémenstruel et il n'existe aucun marqueur biologique permettant de l'identifier. « C'est sûr qu'il y a un lien avec les hormones parce que c'est cyclique », constate la Dre Michèle Moreau.

Alors que certains doutent de l'existence même du TDPM, le Dr Richard Bergeron soutient qu'elle est indéniable. « C'est un problème chimique et neurobiologique qui existe et qu'on doit reconnaître et traiter avant que ça devienne une maladie mentale grave qui s'appelle la dépression majeure. Mais, est-ce que je considère le trouble dysphorique prémenstruel comme une maladie mentale ? Non. »

« Ça me dérange qu'on psychiatrise les menstruations, affirme Dre Sylvie Demers, médecin, biologiste et auteure du livre *Hormones au féminin : Repensez votre santé*. C'est peut-être avec raison. Mais on a tendance à psychiatriser facilement les femmes. »



Inclure le TDPM dans le DSM peut toutefois aider à reconnaître que le trouble existe, expose Michèle Moreau. « C'est important de dire aux femmes que ce n'est pas dans leur tête, qu'elles ne sont pas folles. Qu'elles n'inventent pas des choses et que c'est reconnu. »

Bien qu'un diagnostic psychiatrique peut aider la patiente à se déculpabiliser, il peut aussi contribuer à la stigmatiser, met en garde le psychiatre et psychanalyste français Dr Patrick Landman, qui est à la tête du collectif Stop DSM. « On va pouvoir dire que les femmes sont sensibles aux hormones contrairement aux hommes, qui seraient des êtres supérieurs entre guillemets. Par ailleurs, pour reconnaître la souffrance psychologique d'une femme, pas besoin de lui donner un diagnostic psychiatrique ! »

Pour consulter les onze symptômes du TDPM:

<http://psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/0/appi.ajp.2012.11081302.pdf>

DEVANT LES TRIBUNAUX

Le trouble dysphorique prémenstruel pourrait-il même être utilisé devant les tribunaux pour excuser des excès de violence ? Un cas célèbre a semé la controverse en Angleterre dans les années 80 alors qu'une barmaid au lourd passé judiciaire, qui a tué sa collègue de travail, a reçu une peine allégée en raison de son fort syndrome prémenstruel. Un expert a déterminé que le cycle de ses crimes était de plus ou moins 29 jours.

Il serait peu probable qu'une telle défense ait du succès au Canada, croit Hugues Parent, professeur de droit à l'Université de Montréal et spécialiste de la responsabilité pénale et des troubles mentaux. « Généralement, pour pouvoir soulever avec succès une défense d'aliénation mentale, ça prend une perte de contact avec la réalité, ce qui est loin d'être sûr avec un syndrome prémenstruel qui affecte surtout l'humeur de la personne que son contact avec la réalité, expose-t-il. Ça peut expliquer le passage à l'acte, mais ça ne va jamais l'excuser. »





<http://www.agoravox.fr/tribune-libre/article/psychiatriser-la-vie-136249>

Psychiatriser la vie ?

Psychiatrie de nouveau en question

Une tristesse indéterminée, une mélancolie après un deuil, une nervosité soudaine sous l'effet d'une contrariété, une morosité tenace suite à un temps qui reste obstinément exécrable... Petits maux de la vie, sur lesquels parfois les mots n'existent pas...

Aléas psychiques de l'existence, qui ne peut jamais être *un long fleuve tranquille*... Petits maux d'une civilisation qui supporte de moins en moins bien les frustrations inévitables, obsédée par une image du bonheur (impossible) qui hante notre environnement médiatique et nos désirs profonds. Faut-il en faire faire l'objet de traitements médicamenteux ? Psychiatriser, en plus des désordres psychiques majeurs, les mille et un problèmes existentiels ? Et pourquoi pas les problèmes sociaux ?

Le DSM 5, nouveau guide des maladies mentales, veut s'y employer, au grand dam de certains psychiatres à qui il reste encore un peu de bon sens et d'éthique professionnelle. L'existence tend à être médicalisée dans ses dysfonctionnements *normaux*.



Heureusement, des réactions se manifestent. "Aux États-Unis et dans de nombreux autres pays dont la France, la tension monte dans les milieux psy, à quelques jours de la présentation officielle de la nouvelle édition du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), prévue au congrès annuel de

l'Association de psychiatrie américaine (APA) qui se tient du 18 au 22 mai à San Francisco."



Le débat est vif entre spécialistes.

Patrick Landman crie *Stop DSM*, la bible de la psychiatrie, déclarant : *"La lutte contre ce détestable et dangereux DSM V est un long combat, mené dans le monde entier contre l'hégémonie imbécile d'une vision scientiste et d'une conception profondément réactionnaire de l'humanité et de l'esprit humain en général, de la folie et de la psychiatrie en particulier. La politique scélérate de Sarkozy qui visait à criminaliser la folie* ([Référence : En France, les Innocents vont en prison - http://blogs.mediapart.fr/blog/silvagni/181212/en-france-les-innocents-vont-en-prison](http://blogs.mediapart.fr/blog/silvagni/181212/en-france-les-innocents-vont-en-prison)), et dont il faut souligner que pour l'heure Hollande n'y a rien



changé, s'accommode parfaitement de ce DSM V, manuel de pilotage automatique dicté par une industrie pharmaceutique toute-puissante à une psychiatrie qu'elle espère réduire à un statut subalterne. Une récente et très remarquable intervention sur France Info du psychiatre et psychanalyste Patrick Landman qui est à la pointe de ce combat en France mérite d'être écoutée attentivement.

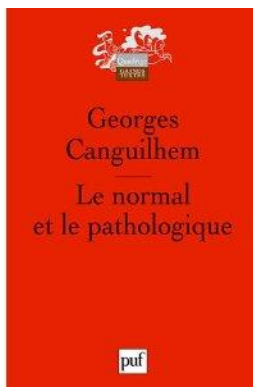
(<http://www.franceinfo.fr/sciences-sante/info-sante/le-dsm-la-bible-de-la-psychiatrie-dans-la-tempete-962453-2013-04-23>)

Silvagni dénonce, « la situation désastreuse des malades mentaux, qu'ils soient hospitalisés, en obligation de soins, ou encore comme c'est de plus en plus le cas après les lois scélérates votées sous Sarkozy : en prison. Quant à la psychiatrie, qui n'a plus d'internat, dont les infirmiers ne sont plus reconnus comme les vrais professionnels qualifiés qu'ils sont, et dont le budget est misérable : elle est à l'agonie, depuis que les DSM III et IV sont devenus, erreur fatale, la référence en matière de diagnostic et de prescription. Avec le DSM V dont on annonce la prochaine entrée en vigueur, désormais il y a le feu. Voici le texte intégral d'une pétition (<http://www.stop-dsm.org/index.php/fr/articles-et-contributions/18-articles-et-contributions/78-l-opposition-au-dsm-5-n-est-pas-l-opposition-a-la-psychiatrie>). C'est un texte long, détaillé, qui ne peut se permettre de simplifier mais qui est accessible aux non-spécialistes au prix d'un effort pourtant nécessaire. De plus, ce texte révèle une situation sinistrée et peu connue de l'opinion publique : il mérite d'être lu attentivement par toutes celles et ceux qui savent à quel point ce qui se joue dans le domaine de la santé mentale, et ce qui s'ourdit contre les plus vulnérables d'entre nous, est annonciateur des pires dérives en matière de libertés individuelles... »



La psychiatrie va mal. Elle est soumise à des dérives, à des pressions, perméable à trop d'intérêts.

Cette nouvelle édition, qui a coûté à l'Association américaine de psychiatrie 25 millions de dollars (19 millions d'euros), laisse... beaucoup à désirer sur le plan de la qualité scientifique, accusent les détracteurs du DSM-5. L'une des principales critiques, déjà ancienne, concerne la mainmise de l'industrie pharmaceutique sur les experts participant à l'élaboration du DSM. Ces collusions ont été notamment décortiquées par l'historien américain Christopher Lane, dans son ouvrage *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions* (Flammarion, 2009), et plus récemment par le philosophe québécois Jean-Claude St-Onge, dans *Tous fous ?* (Écosociété, 236 p., 19 euros). Allen Frances, professeur émérite à l'université de Duke (Caroline du Nord), qui avait coordonné le DSM-IV, note plutôt « *les conflits d'intérêts intellectuels* » des spécialistes des groupes de travail, « *qui leur font voir les bénéfices possibles mais ignorer certains risques* ». Surtout, déplore-t-il, « *le processus a été secret, fermé et incapable de s'autocorriger ou d'incorporer des réponses provenant de l'extérieur. Ainsi, les experts ont rejeté l'appel de 57 associations de santé mentale qui proposaient un examen scientifique indépendant.* »



Le normal et le pathologique restent des concepts flous et relatifs, qu'il faut sans cesse redéfinir (<http://serqecar.perso.neuf.fr/cours/vivant7.htm>) dans le cadre d'une société donnée, à une époque donnée. Il reste à repenser une psychiatrie plus libérée des impératifs des laboratoires et d'une vision étroitement positiviste et organiciste, une véritable anthropologie politique de la santé au sens global.



<http://www.agoravox.fr/actualites/sante/article/le-dsm-nouveau-est-arrive-136282>

Le DSM nouveau est arrivé. Conclusion : Nous sommes tous des fous !

Présentation officielle de la nouvelle édition du DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), prévue au congrès annuel de l'Association de psychiatrie américaine (APA) qui s'est tenue du 18 au 22 mai à San Francisco.



Il s'agit d'une sorte de bible de la psychiatrie américaine qui fait référence mondialement autant parce qu'elle semble indispensable qu'elle est contestable.

Rappelons, avec l'ethnopsychiatre Tobie Nathan, l'origine historique de cet ouvrage. Pour lui il s'agit d'un manuel statistique parce qu'en psychiatrie, il n'y a pas de témoin fiable, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de marqueurs biologiques. Cette démarche est originale dans la mesure où en raison de l'absence de marqueurs biologiques, la psychiatrie observe une perception subjective de l'état du patient.

Pourquoi ce manuel est-il indispensable aux États-Unis ? « *Là-bas les assurances maladie ne prennent en charge le traitement que si un diagnostic a été établi et ce diagnostic doit être fait selon des normes. Donc aux États-Unis on vous diagnostiquera dès la première séance chez le psychiatre. Ça n'est pas du tout le cas en France* » rappelle Tobie Nathan.

Quand il fut publié pour la première fois en 1952 il comportait moins de 100 pathologies psychiatriques. Puis il a évolué en se rapprochant des neurosciences (et donc de la pharmacologie pour produire des neuroleptiques comme les anxiolytiques ou autres antidépresseurs). Nous connaissons tous la terminologie « TOC » qu'il emploie pour désigner les troubles obsessionnels compulsifs. Le DSM-4 étaient passés à 297 pathologies

Il existe donc un débat autour du DSM-5. Celui-ci est important parce qu'il engendre une discussion publique au sujet d'un traité qui fonctionne comme une norme et qui dans certains pays, dont les États-Unis, induit une politique publique. Il va donc permettre l'établissement d'une relation entre les laboratoires pharmaceutiques, les experts et les usagers.



En France et dans de nombreux autres pays, il est l'objet de très importantes controverses. Tout d'abord parce qu'il amène des classifications psychiatriques. Même si celles-ci ne sont pas nouvelles, l'hystérie a fait florès au début du XIXe siècle, aujourd'hui on constate une mode pour les *troubles bipolaires*. Celle-ci a même fait l'objet sous le quinquennat de Nicolas Sarkozy d'études visant à diagnostiquer une potentialité criminogène chez le très jeune enfant. Cette idée rejoignait les propositions du DSM-5. Cela pose problème parce que une fois décrit le trouble devient un outil pour les laboratoires pharmaceutiques. Il n'y a donc plus de place pour l'aspect humain de la psychiatrie qui est abandonnée alors aux seules neurosciences.

Les accusations sont nombreuses contre le DSM-5. D'abord il n'est pas assuré que la qualification de ce qui l'élabore soit garantie. Sont-ils tous psychiatres ? Quel est le rôle des laboratoires pharmaceutiques dans sa conception ? Cet ouvrage est donc accusé au cours de discussions conflictuelles dans des débats d'experts de fabriquer des maladies mentales et de pousser les citoyens à consommer des psychotropes. L'éditeur devant les critiques qu'il suscitait avaient mis en ligne en 2010 une version préliminaire afin de recueillir les critiques et propositions d'aménagement de l'édition 2013.

Les controverses autour des éditions précédentes en 1980 et 1994 n'avaient toutefois pas atteint le degré qui les caractérise aujourd'hui. *Nature* dans un article du 25 avril (<http://www.nature.com/news/mental-health-on-the-spectrum-1.12842>) faisait remarquer avec un certain sarcasme que « (...) *l'une des seules suggestions qui n'a pas soulevé de hurlements de protestation pendant le processus de révision a été... le changement de nom, de DSM-V en DSM-5.* »

Si en France il existe depuis trois ans un mouvement d'inspiration psychanalytique appelée **Stop DSM** et qui s'insurge d'une façon générale contre la *pensée unique* du principe, aux États-Unis c'est le **NIMH** (National Institute of Mental Health) qui vient de se désolidariser du DMS-5 déclarants que « *Les patients atteints de maladies mentales valent mieux que cela* », et que son organisation « *réorientait ses recherches en dehors des catégories du DSM* », du fait de la faiblesse de celui-ci sur le plan scientifique.

L'importance des enjeux.

On peut la mesurer au coût de cette nouvelle édition. 25 millions de dollars (19 millions d'euros). Pourtant certaines critiques désignent du doigt la faiblesse de sa qualité scientifique. Ceci laisse entendre bien entendu la mainmise de l'industrie pharmaceutique sur les experts participant à son élaboration.



D'autres aspects inquiétants de l'ouvrage apparaissent aujourd'hui. Tel est le cas des "Troubles cognitifs mineurs", de "La perte de mémoire physiologique"... Il en est de même des "Pathologies du deuil".

Les risques de surmédicalisation vont de pair avec les surdiagnostics qui accompagnent le DMS-5. Aussi certains psychiatres américains invitent d'ores et déjà au boycott. Ceci a une conséquence immédiate très positive, puisqu'ils invitent les patients à s'informer et, je cite, leur préconise ouvertement : « Posez des questions et attendez des réponses claires. N'acceptez pas de médicaments prescrits nonchalamment pour des symptômes légers et transitoires qui vont probablement se résoudre d'eux-mêmes ».

Mais n'est-ce pas l'attitude que chacun devrait avoir face à la médecine, quel que soit le pays où il se trouve ?

-30-



24 April 2013

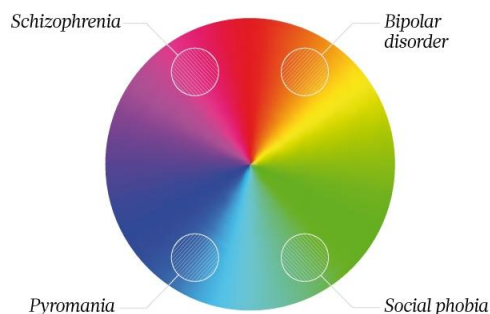
NATURE | NEWS FEATURE

<http://www.nature.com/news/mental-health-on-the-spectrum-1.12842>

Mental health: On the spectrum

Research suggests that mental illnesses lie along a spectrum — but the field's latest diagnostic manual still splits them apart.

[David Adam](#)



David Kupfer is a modern-day heretic. A psychiatrist at the University of Pittsburgh in Pennsylvania, Kupfer, has spent the past six years directing the revision of a book commonly referred to as the bible of the psychiatric field. The work will reach a climax next month when the American Psychiatric Association (APA) unveils the fifth incarnation of the book, called the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*, which provides checklists of symptoms



that psychiatrist around the world use to diagnose their patients. The *DSM* is so influential that just about the only suggestion of Kupfer's that did not meet with howls of protest during the revision process was to change its name from *DSM-V* to *DSM-5*.

Although the title and wording of the manual are now settled, the debate that overshadowed the revision is not. The stark fact is that no one has yet agreed on how best to define and diagnose mental illnesses. *DSM-5*, like the two preceding editions, will place disorders in discrete categories such as major-depressive disorder, bipolar disorder, schizophrenia and obsessive-compulsive disorder (OCD). These categories, which have guided psychiatry since the early 1980s, are based largely on decades-old theory and subjective symptoms.

The problem is that biologists have been unable to find any genetic or neuroscientific evidence to support the breakdown of complex mental disorders into separate categories. Many psychiatrists, meanwhile, already think outside the category boxes, because they see so many patients whose symptoms do not fit neatly into them. Kupfer and others wanted the latest *DSM* to move away from the category approach and towards one called 'dimensionality', in which mental illnesses overlap. According to this view, the disorders are the product of shared risk factors that lead to abnormalities in intersecting drives such as motivation and reward anticipation, which can be measured (hence 'dimension') and used to place people on one of several spectra. But the attempt to introduce this approach foundered, as other psychiatrists and psychologists protested that it was premature.

Research could yet come to the rescue. In 2010, the US National Institute of Mental Health (NIMH) in Bethesda, Maryland, launched an initiative, called the Research Domain Criteria project, that aims to improve understanding of dimensional variables and the brain circuits involved in mental disorders. Clinical psychologist Bruce Cuthbert, who heads the project, says that it is an attempt to go "back to the drawing board" on mental illness. In place of categories, he says, "we do have to start thinking instead about how these disorders are dysregulation in normal processes".

But that will be too late for the *DSM*. Kupfer says that he now sees how hard it is to change clinical doctrine. "The plane is in the air and we have had to make the changes while it is still flying."

Manual evolution

The Catholic Church changes its pope more often than the APA publishes a new *DSM*. The first and second editions, published in 1952 and 1968, reflected Sigmund Freud's idea of psychodynamics: that mental illness is the product of conflict between internal drives. For



example, *DSM-I* listed anxiety as “produced by a threat from within the personality”. Symptoms were largely irrelevant to diagnosis.

Things got more empirical around 1980. Shocked by the discovery that patients with identical symptoms were receiving different diagnoses and treatments, an influential group of US psychiatrists threw out Freud and imported another role model from central Europe: psychiatrist Emil Kraepelin. Kraepelin famously said that the conditions now known as schizophrenia and bipolar disorder were separate syndromes, with unique sets of symptoms and presumably unique causes. *DSM-III*, published in 1980, turned this thinking into what is now called the category approach, with solid walls between conditions. When the existing version, *DSM-IV*, came out in 1994, it simply added and subtracted a few categories.

Since then, an entire generation of troubled individuals has trooped into psychiatric clinics and left with a diagnosis of a *DSM*-approved condition, including anxiety disorder, eating disorders and personality disorders. Most of those conditions will appear in the pages of *DSM-5*, the contents of which are officially under wraps until the APA annual meeting — which starts in San Francisco, California, on 18 May — but have been an open secret since the APA published a draft on its website last year and invited comment.

But even as walls between conditions were being cemented in the profession's manual, they were breaking down in the clinic. As psychiatrists well know, most patients turn up with a mix of symptoms and so are frequently diagnosed with several disorders, or co-morbidities. About one-fifth of people who fulfil criteria for one *DSM-IV* disorder meet the criteria for at least two more.

These are patients “who have not read the textbook”, says Steve Hyman, who directs the Stanley Center for Psychiatric Research, part of the Broad Institute in Cambridge, Massachusetts. As their symptoms wax and wane over time, they receive different diagnoses, which can be upsetting and give false hope. “The problem is that the *DSM* has been launched into under-researched waters, and this has been accepted in an unquestioning way,” he says.

Psychiatrists see so many people with co-morbidities that they have even created new categories to account for some of them. The classic Kraepelian theoretical division between schizophrenia and bipolar disorder, for example, has long been bridged by a pragmatic hybrid called schizoaffective disorder, which describes those with symptoms of both disorders and was recognized in *DSM-IV*.

Basic research has offered little clarification. Despite decades of work, the genetic, metabolic and cellular signatures of almost all mental syndromes remain largely a mystery.



Ironically, the ingrained category approach is actually inhibiting the scientific research that could refine diagnoses, in part because funding agencies have often favoured studies that fit the standard diagnostic groups. “Until a few years ago we simply would not have been able to get a grant to study psychoses,” says Nick Craddock, who works at the Medical Research Council Centre for Neuropsychiatric Genetics and Genomics at Cardiff University, UK. “Researchers studied bipolar disorder or they studied schizophrenia. It was unthinkable to study them together.”

“We need to give researchers permission to think outside these traditional silos,” says Hyman. “We need to get them to re-analyse these conditions from the bottom up.”

“We need to give researchers permission to think outside these traditional silos.”

In the past few years, some researchers have taken up the challenge — and the findings from genetics and brain-imaging studies support the idea that the *DSM* disorders overlap. Studies with functional magnetic resonance imaging show that people with anxiety disorders and those with mood disorders share a hyperactive response of the brain's amygdala region to negative emotion and aversion ¹. Similarly, those with schizophrenia and those with post-traumatic stress disorder both show unusual activity in the prefrontal cortex when asked to carry out tasks that require sustained attention¹.

And in the largest study yet undertaken to try to pinpoint the genetic roots of mental disorder, a group led by Jordan Smoller at the Massachusetts General Hospital in Boston screened genome information from more than 33,000 people with five major mental-health syndromes, looking for genetic sequences associated with their illness². At the end of February, the team reported that some genetic risk factors — specifically, four chromosomal sites — are associated with all five disorders: autism, attention deficit hyperactivity disorder, bipolar disorder, major depression and schizophrenia. “What we see in the genetics mirrors what we see in the clinic,” Hyman says. “We are going to have to have a rethink.”

Rival approach

At the same time that research and clinical practice are helping to undermine the *DSM* categories, the rival dimensional approach is gaining support. Over the past decade, psychiatrists have proposed a number of such dimensions, but they are not used in practice — partly because they are not sanctioned by the *DSM*.

The frequent co-morbidity between schizophrenia and OCD, for instance, has led some to suggest a schizo-obsessive spectrum, with patients placed according to whether they attribute intrusive thoughts to an external or internal source. And in 2010, Craddock and his



colleague Michael Owen proposed the most radical dimensional spectrum so far³, in which five classes of mental disorder are arranged on a single axis: mental retardation–autism–schizophrenia–schizoaffective disorder–bipolar disorder/unipolar mood disorder (see '[Added dimensions](#)'). Psychiatrists would place people on the scale by assessing the severity of a series of traits that are affected in these conditions, such as cognitive impairment or mood disruption. It is a massively simplified approach, Craddock says, but it does seem to chime with the symptoms that patients report. More people show the signs of both mental retardation and autism, for example, than of both mental retardation and depression.

Added dimensions

In the dimensional approach to psychiatry, mental-health conditions lie on a spectrum (example shown here) that has partly overlapping causes and symptoms.



When Kupfer and his *DSM-5* task force began work in 2007, they were bullish that they would be able to make the switch to dimensional psychiatry. “I thought that if we did not use younger, more-basic science to push as hard as we could, then we would find it very difficult to move beyond the present state,” Kupfer recalls. The task force organized a series of conferences to discuss how the approach could be introduced. One radical and particularly controversial proposal was to scrap half of the existing ten conditions relating to personality disorder and introduce a series of cross-cutting dimensions to measure patients against, such as degree of compulsivity.

But this and other proposals met with stinging criticism. The scales proposed were not based on strong evidence, critics said, and psychiatrists had no experience of how to use them to diagnose patients. What is more, the personality-disorder dimensions flopped when they were tested on patients in field trials of the draft *DSM* criteria between 2010 and 2012: too many psychiatrists who tried them reached different conclusions. “Introducing a botched dimensional system prematurely into *DSM-5* may have the negative effect of poisoning the well for their future acceptance by clinicians,” wrote Allen Frances, emeritus professor of psychiatry at Duke University in Durham, North Carolina, in an article in the *British Journal of Psychiatry*⁴. Frances had served as head of the *DSM-IV* task force and was one of the strongest critics of proposals to introduce dimensionality to *DSM-5*.



The proposal was also unpopular with patient groups and charities, many of which have fought long and hard to make various distinct mental-health disorders into visible brands. They did not want to see schizophrenia or bipolar disorder labelled as something different. Speaking privately, some psychologists also mutter about the influence of drug companies and their relationship with psychiatrists. Both stand to profit from the existing *DSM* categories because health-insurance schemes in the United States pay for treatments based on them. They have little incentive to see categories dissolve.

Change of tack

In the middle of 2011, the *DSM-5* task force admitted defeat. In an article in the *American Journal of Psychiatry*⁵, Kupfer and Darrel Regier, vice-chair of the *DSM-5* task force and the APA's research director, conceded that they had been too optimistic. "We anticipated that these emerging diagnostic and treatment advances would impact the diagnosis and classification of mental disorders faster than what has actually occurred." The controversial personality-disorder dimensions were voted down by the APA's board of trustees at the final planning meeting in December 2012.

The APA claims that the final version of *DSM-5* is a significant advance on the previous edition and that it uses a combination of category and dimensional diagnoses. The previously separate categories of substance abuse and substance dependence are merged into the new diagnosis of substance-use disorder. Asperger's syndrome is bundled together with a handful of related conditions into the new category called autism-spectrum disorder; and OCD, compulsive hair-pulling and other similar disorders are grouped together in an obsessive-compulsive and related disorders category. These last two changes, Regier says, should help research scientists who want to look at links between conditions. "That probably won't make much difference to treatment but it should facilitate research into common vulnerabilities," he says.

The Research Domain Criteria project is the biggest of these research efforts. Last year, the NIMH approved seven studies, worth a combined US\$5 million, for inclusion in the project — and, Cuthbert says, the initiative "will represent an increasing proportion of the NIMH's translational-research portfolio in years to come". The goal is to find new dimensional variables and assess their clinical value, information that could feed into a future *DSM*.

One of the NIMH-funded projects, led by Jerzy Bodurka at the Laureate Institute for Brain Research in Tulsa, Oklahoma, is examining anhedonia, the inability to take pleasure from activities such as exercise, sex or socializing. It is found in many mental illnesses, including depression and schizophrenia.



Bodurka's group is studying the idea that dysfunctional brain circuits trigger the release of inflammatory cytokines and that these drive anhedonia by suppressing motivation and pleasure. The scientists plan to probe these links using analyses of gene expression and brain scans. In theory, if this or other mechanisms of anhedonia could be identified, patients could be tested for them and treated, whether they have a *DSM* diagnosis or not.

One of the big challenges, Cuthbert says, is to get the drug regulators on board with the idea that the *DSM* categories are not the only way to prove the efficacy of a medicine. Early talks about the principle have been positive, he says. And there are precedents: "Pain is not a disorder and yet the FDA gives licences for anti-pain drugs," Cuthbert says.

Going back to the drawing board makes sense for the scientists, but where does it leave *DSM-5*? On the question of dimensionality, most outsiders see it as largely the same as *DSM-IV*. Kupfer and Regier say that much of the work on dimensionality that did not make the final cut is included in the section of the manual intended to provoke further discussion and research. *DSM-5* is intended to be a "living document" that can be updated online much more frequently than in the past, Kupfer adds. That's the reason for the suffix switch from *V* to *5*; what comes out next month is really *DSM-5.0*. Once the evidence base strengthens, he says, perhaps as a direct result of the NIMH project, dimensional approaches can be included in a *DSM-5.1* or *DSM-5.2*.

All involved agree on one thing. Their role model now is not Freud or Kraepelin, but the genetic revolution taking place in oncology. Here, researchers and physicians are starting to classify and treat cancers on the basis of a tumour's detailed genetic profile rather than the part of the body in which it grows. Those in the psychiatric field say that genetics and brain imaging could do the same for diagnoses in mental health. It will take time, however, and an entire generation will probably have to receive flawed diagnoses before the science is developed enough to consign the category approach to clinical history.

"I hope I'll be able to give a patient with possible bipolar a proper clinical assessment," Craddock says. "I'll do a blood test and look for genetic risks and send them into a brain scanner and ask them to think of something mildly unhappy to exercise their emotional system." The results could be used to trace the underlying cause — such as a problematic chemical signal in the brain. "I'll then be able to provide lifestyle advice and treatment." He pauses. "Actually it won't be me, because I will have retired by then."

***Nature* (25 April 2013)**

[References](#)

1. Dichter, G. S., Damiano, C. A. & Allen, J. A. *J. Neurodev. Disord.* **4**, 19 (2012).



2. Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium *Lancet* [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62129-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62129-1) (2013).
3. Craddock, N. & Owen, M. J. *Br. J. Psychiatry* **196**, 92–95 (2010).
4. Frances, A. *Br. J. Psychiatry* **195**, 391–392 (2009).
5. Kupfer, D. J. & Regier, D. A. *Am. J. Psychiatry* **168**, 672–674 (2011).

-30-



Par **Bernard Duqué** / Mercredi 24 avril 2013

<http://www.agoravox.fr/actualites/societe/article/preparez-vos-pilules-vous-etes-134776>

Préparez vos pilules, vous êtes tous fous !

L'événement est à signaler. Contrairement au guide Michelin, le fameux DSM ne sort pas chaque année. Il a fallu attendre 13 ans pour que soit enfin éditée la nouvelle mouture de ce manuel censé servir d'outil pour diagnostiquer les pathologies mentales. Mais attention, prenons quelques gants. Le mot pathologie est trop fort. La sémantique doit être lisse et l'opinion publique ne doit pas être choquée par les mots. Car en chaque individu sommeille un fou potentiel et donc, une espérance de gain pour les industries habilitées à soigner les malades. Pardon, ce ne sont pas des malades mais des patients affectés par les troubles mentaux. Parmi ceux-ci, le trouble de l'attention et de l'humeur ou alors des deux combinés, est devenu un classique chez l'enfant, surtout aux États-Unis qui surveille de plus près un gamin un peu turbulent ou apathique à l'école plutôt que la circulation des armes dans le pays. Les vendeurs de Ritaline peuvent se réjouir, surtout que les gamins âgés de trois ans ne peuvent guère refuser de bouffer ces molécules. Dans le DSM on trouve aussi les troubles bipolaires, les tendances au suicide, les dépressions et toute une série de pathologies diverses.



Dans le DSM V, près de 400 troubles seront répertoriés. Avec quelques spécialités assez exotiques comme l'hypersexualité, qui ressemble à l'addiction sexuelle mais n'en est pas. Ce



trouble qui est proposé par les spécialistes pour être intégré dans la version V du manuel caractérise les individus qui passent beaucoup trop de temps dans des activités sexuelles. Pour diverses raisons. Parfois pour combler les effets d'une dépression. L'hypersexualité englobe la masturbation intempestive mais aussi l'acte sexuel répétitif avec des partenaires considérés comme des objets. Non soyez sérieux, je vois dans le coin quelques sourires qui en disent long sur les blagues à deux centimes concernant DSK. Je vous demander d'arrêter de rire, c'est le DSM et non pas le DSK dont il s'agit ! Ces questions sont sérieuses. Figurez-vous que dans ce nouveau DSM sont proposés huit types de troubles définis comme relevant de la défiance et de l'opposition. Il y a le type colérique et agressif, le type vindicatif, le type irritable. Et pour les enfants de moins de cinq ans existe le trouble oppositionnel, diagnostiqué si les effets durent plus de six mois. Ainsi, si votre gamin de quatre ans refuse depuis un an de manger sa soupe ou manifeste quelque réticence à vouloir aller à l'école, alors il est atteint d'un trouble oppositionnel. Que faire ? Eh bien c'est simple, courez vite chez le psy, il vous proposera une thérapie toute indiquée avec des petites molécules bien utiles.

Inutile de donner plus de détails. Le plus important étant de souligner la controverse qui couve, avec un premier point fâcheux qui est la clause de confidentialité adoptée par les spécialistes ayant rédigé le DSM V. La critique vient de l'intérieur puisque c'est Robert Spitzer, maître d'œuvre en chef du DSM III, qui regrette que l'APA (Association des Psychiatres Américains) ait souhaité cette confidentialité au lieu d'opter pour la transparence. Ce qui altère forcément la crédibilité du manuel clame Spitzer. D'autres points sensibles sont mis en avant, comme l'éventualité de diagnostiquer des fausses épidémies mentales au sein de la population. La fronde est généralisée. D'aucuns mettent en avant les faux diagnostics conduisant à considérer comme un trouble mental ce qui relève de l'expérience humaine. Au bout du compte, selon les évangiles du DSM V, l'homme sain se doit de produire des contours caractériels lisses, parfait, sans aspérité, sans fluctuation. A se demander si on est encore dans le champ de la médecine humaine ou bien du totalitarisme de la norme. Bien évidemment, le spectre du conflit d'intérêt est présent, car beaucoup de ces troubles sont des sources de profits industriels. La recherche est même incitée à trouver des molécules pour soigner les nouveaux troubles répertoriés. Enfin, nombre de rédacteurs du DSM V sont connus pour être rémunérés par des laboratoires pharmaceutiques.

Il y a des siècles, l'homme était considéré comme pécheur, infesté par le mal, pris en charge par l'Église. Au 21^{ème} siècle, le mal est devenu le trouble. Les nouveaux prêtres sont les médecins. Pour guérir les troubles, nulle prière ni invocation divine, ni messe assortie d'hostie. Une simple molécule vaut pour exorcisme. Les spécialistes en blouse blanche



rêvent d'un monde idéal, sans fluctuation, sans humeur et pensent aussi à la piscine qu'ils construisent dans leur villa cossue ou aux nouvelles berlines de marque allemande.

Ce nouveau DSM divise en fait les spécialistes. La société britannique de psychologie n'est pas avare de critiques. Pointant notamment la médicalisation de la société et l'impact négatif que peut avoir sur le patient le fait de se retrouver catégorisé comme individu troublé, et donc anormal. Le remède finit par créer le mal. Le système industriel du psychisme façonne une société de malades et déploie son arsenal thérapeutique. Pour le dire avec plus de force, ce DSM V mérite d'être placé comme un élément crucial pour débattre des enjeux de civilisation. La science pourrait bien devenir totalitaire. Auquel cas, la bataille opposera les scientifiques et les philosophes. N'oublions pas que la plupart des grands découvreurs et artistes étaient affectés par des troubles d'humeur. C'est ce qui fait la richesse de notre humanité. Supprimer les troubles, c'est dénier à l'homme son essence d'être humain. Regardez l'Histoire. Les systèmes qui ont dénié la nature humaine ou tenté de la forcer dans un cadre normatif ont été les pires totalitarismes. Prochain sujet de débat philosophique : la science est-elle l'antichambre du totalitarisme ?

-30-



July 30, 2013

PERSONAL HEALTH

<http://www.alternet.org/personal-health/whats-behind-dramatic-rise-mental-illness?paging=off>

AlterNet / By Bruce E. Levine

*Bruce E. Levine, a practicing clinical psychologist, writes and speaks about how society, culture, politics and psychology intersect. His latest book is **Get Up, Stand Up: Uniting Populists, Energizing the Defeated, and Battling the Corporate Elite**. His Web site is www.brucelevine.net*

Why Life in America Can Literally Drive You Insane

It's not just Big Pharma.

In "The Epidemic of Mental Illness: Why?" (New York Review of Books, 2011), Marcia Angell, former editor-in-chief of the New England Journal of Medicine, discusses over-diagnosis of psychiatric disorders, pathologizing of normal behaviors, Big Pharma corruption of psychiatry, and the adverse effects of psychiatric medications. While diagnostic



expansionism and Big Pharma certainly deserve a large share of the blame for this epidemic, there is another reason.

A June 2013 Gallup poll revealed that 70% of Americans hate their jobs or have “checked out” of them. Life may or may not suck any more than it did a generation ago, but our belief in “progress” has increased expectations that life should be more satisfying, resulting in mass disappointment. For many of us, society has become increasingly alienating, isolating and insane, and earning a buck means more degrees, compliance, ass-kissing, shit-eating, and inauthenticity. So, we want to rebel. However, many of us feel hopeless about the possibility of either our own escape from societal oppression or that political activism can create societal change. So many of us, especially young Americans, rebel by what is commonly called mental illness.

While historically some Americans have consciously faked mental illness to rebel from oppressive societal demands (e.g., a young Malcolm X acted crazy to successfully avoid military service), today, the vast majority of Americans who are diagnosed and treated for mental illness are in no way proud malingerers in the fashion of Malcolm X. Many of us, sadly, are ashamed of our inefficiency and nonproductivity and desperately try to fit in. However, try as we might to pay attention, adapt, adjust, and comply with our alienating jobs, boring schools, and sterile society, our humanity gets in the way, and we become anxious, depressed and dysfunctional.

The Mental Illness Epidemic

Severe, disabling mental illness has dramatically increased in the United States. Marcia Angell, in her 2011 New York Review of Bookspiece, summarizes: “The tally of those who are so disabled by mental disorders that they qualify for Supplemental Security Income (SSI) or Social Security Disability Insurance (SSDI) increased nearly two and a half times between 1987 and 2007—from 1 in 184 Americans to 1 in 76. For children, the rise is even more startling—a thirty-five-fold increase in the same two decades.”

Angell also reports that a large survey of adults conducted between 2001 and 2003 sponsored by the National Institute of Mental Health found that at some point in their lives, 46% of Americans met the criteria established by the American Psychiatric Association for at least one mental illness.

In 1998, Martin Seligman, then president of the American Psychological Association, spoke to the National Press Club about an American depression epidemic: “We discovered two astonishing things about the rate of depression across the century. The first was there is



now between ten and twenty times as much of it as there was fifty years ago. And the second is that it has become a young person's problem. When I first started working in depression thirty years ago . . . the average age of which the first onset of depression occurred was 29.5. . . . Now the average age is between 14 and 15."

In 2011, the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) reported that antidepressant use in the United States has increased nearly 400% in the last two decades; making antidepressants the most frequently used class of medications by Americans ages 18-44 years. By 2008, 23% of women ages 40–59 years were taking antidepressants.

The CDC, on May 3, 2013, reported that the suicide rate among Americans ages 35–64 years increased 28.4% between 1999 and 2010 (from 13.7 suicides per 100,000 population in 1999 to 17.6 per 100,000 in 2010).

The New York Times reported in 2007 that the number of American children and adolescents treated for bipolar disorder had increased 40-fold between 1994 and 2003. In May 2013, CDC reported in "Mental Health Surveillance Among Children—United States, 2005–2011," the following: "A total of 13%–20% of children living in the United States experience a mental disorder in a given year, and surveillance during 1994–2011 has shown the prevalence of these conditions to be increasing."

Over-Diagnosis, Pathologizing the Normal and Psychiatric Drug Adverse Effects

Even within mainstream psychiatry, few continue to argue that the increase in mental illness is due to previous under-diagnosis of mental disorders. The most common explanations for the mental illness epidemic include recent over-diagnosis of psychiatric disorders, diagnoses expansionism, and psychiatry's pathologizing normal behavior.

The first DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), psychiatry's diagnostic bible, was published by the American Psychiatric Association in 1952 and listed 106 disorders (initially called "reactions"). DSM-2 was published in 1968, and the number of disorders increased to 182. DSM-3 was published in 1980, and though homosexuality was dropped from it, diagnoses were expanded to 265, with several child disorders added that would soon become popular, including oppositional defiant disorder (ODD). DSM-4, published in 1994, contained 365 diagnoses.

DSM-5 was published in May, 2013. The journal PLOS Medicinereported in 2012, "69% of the DSM-5 task force members report having ties to the pharmaceutical industry." DSM-5 did not add as many new diagnoses as had previous revisions. However, DSM-5 has been



criticized even by some mainstream psychiatrists such as Allen Frances, the former chair of the DSM-4 taskforce, for creating more mental patients by making it easier to qualify for a mental illness, especially for depression. (See Frances' "Last Plea To DSM-5: Save Grief From the Drug Companies.")

In the last two decades, there have been a slew of books written by journalists and mental health professionals about the lack of science behind the DSM, the over-diagnosis of psychiatric disorders, and the pathologizing of normal behaviors. A sample of these books includes: Paula Caplan's *They Say You're Crazy* (1995), Herb Kutchins and Stuart Kirk's *Making Us Crazy* (1997), Allan Horwitz and Jerome Wakefield's *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder* (2007), Christopher Lane's *Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness* (2008), Stuart Kirk, Tomi Gomory, and David Cohen's *Mad Science: Psychiatric Coercion, Diagnosis, and Drugs* (2013), Gary Greenberg's *The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry* (2013), and Allen Frances' *Saving Normal* (2013).

Even more remarkable than former chair of the DSM-4 taskforce, Allen Frances, jumping on the DSM-trashing bandwagon has been the harsh critique of DSM-5 by Thomas Insel, director of the National Institute of Mental Health (NIMH). Insel recently announced that the DSM's diagnostic categories lack validity, and that "NIMH will be re-orienting its research away from DSM categories." And psychiatrist Robert Spitzer, former chair of the DSM-3 task force, wrote the foreword to Horwitz and Wakefield's *The Loss of Sadness* and is now critical of DSM's inattention to context in which the symptoms occur which, he points out, can medicalize normal experiences.

So, in just two decades, pointing out the pseudoscience of the DSM has gone from being an "extremist slur of radical anti-psychiatrists" to a mainstream proposition from the former chairs of both the DSM-3 and DSM-4 taskforces and the director of NIMH.

Yet another explanation for the epidemic may also be evolving from radical to mainstream, thanks primarily to the efforts of investigative journalist Robert Whitaker and his book *Anatomy of An Epidemic* (2010). Whitaker argues that the adverse effects of psychiatric medications are the primary cause of the epidemic. He reports that these drugs, for many patients, cause episodic and moderate emotional and behavioral problems to become severe, chronic and disabling ones.

Examining the scientific literature that now extends over 50 years, Whitaker discovered that while some psychiatric medications for some people may be effective over the short term,



these drugs increase the likelihood that a person will become chronically ill over the long term. Whitaker reports, “The scientific literature shows that many patients treated for a milder problem will worsen in response to a drug—say have a manic episode after taking an antidepressant—and that can lead to a new and more severe diagnosis like bipolar disorder.”

With respect to the dramatic increase of pediatric bipolar disorder, Whitaker points out that, “Once psychiatrists started putting ‘hyperactive’ children on Ritalin, they started to see prepubertal children with manic symptoms. Same thing happened when psychiatrists started prescribing antidepressants to children and teenagers. A significant percentage had manic or hypomanic reactions to the antidepressants.” And then these children and teenagers are put on heavier duty drugs, including drug cocktails, often do not respond favorably to treatment and deteriorate. And that, for Whitaker, is a major reason for the 35-fold increase between 1987 and 2007 of children classified as being disabled by mental disorders. (See my 2010 interview with him, “Are Prozac and Other Psychiatric Drugs Causing the Astonishing Rise of Mental Illness in America?”)

Whitaker’s explanation for the epidemic has now, even within mainstream psychiatric institutions, entered into the debate; for example, Whitaker was invited by the National Alliance for the Mentally Ill (NAMI) to speak at their 2013 annual convention that took place last June. While Whitaker concludes that psychiatry’s drug-based paradigm of care is the primary cause of the epidemic, he does not rule out the possibility that various cultural factors may also be contributing to the increase in the number of mentally ill.

Mental Illness as Rebellion Against Society

“The most deadly criticism one could make of modern civilization is that apart from its man-made crises and catastrophes, is not humanly interesting. . . . In the end, such a civilization can produce only a mass man: incapable of spontaneous, self-directed activities: at best patient, docile, disciplined to monotonous work to an almost pathetic degree. . . . Ultimately such a society produces only two groups of men: the conditioners and the conditioned, the active and passive barbarians.” —Lewis Mumford, 1951

Once it was routine for many respected social critics such as Lewis Mumford and Erich Fromm to express concern about the impact of modern civilization on our mental health. But today the idea that the mental illness epidemic is also being caused by a peculiar rebellion against a dehumanizing society has been, for the most part, removed from the mainstream map. When a societal problem grows to become all encompassing, we often no longer even notice it.



We are today disengaged from our jobs and our schooling. Young people are pressured to accrue increasingly large student-loan debt so as to acquire the credentials to get a job, often one which they will have little enthusiasm about. And increasing numbers of us are completely socially isolated, having nobody who cares about us.

Returning to that June 2013 Gallup survey, “The State of the American Workplace: Employee Engagement,” only 30% of workers “were engaged, or involved in, enthusiastic about, and committed to their workplace.” In contrast to this “actively engaged group,” 50% were “not engaged,” simply going through the motions to get a paycheck, while 20% were classified as “actively disengaged,” hating going to work and putting energy into undermining their workplace. Those with higher education levels reported more discontent with their workplace.

How engaged are we with our schooling? Another Gallup poll “The School Cliff: Student Engagement Drops With Each School Year” (released in January 2013), reported that the longer students stay in school, the less engaged they become. The poll surveyed nearly 500,000 students in 37 states in 2012, and found nearly 80% of elementary students reported being engaged with school, but by high school, only 40% reported being engaged. As the pollsters point out, “If we were doing right by our students and our future, these numbers would be the absolute opposite. For each year a student progresses in school, they should be more engaged, not less.”

Life clearly sucks more than it did a generation ago when it comes to student loan debt. According to American Student Assistance’s “Student Debt Loan Statistics,” approximately 37 million Americans have student loan debt. The majority of borrowers still paying back their loans are in their 30s or older. Approximately two-thirds of students graduate college with some education debt. Nearly 30% of college students who take out loans drop out of school, and students who drop out of college before earning a degree struggle most with student loans. As of October 2012, the average amount of student loan debt for the Class of 2011 was \$26,600, a 5% increase from 2010. Only about 37% of federal student-loan borrowers between 2004 and 2009 managed to make timely payments without postponing payments or becoming delinquent.

In addition to the pain of jobs, school, and debt, there is increasingly more pain of social isolation. A major study reported in the *American Sociological Review* in 2006, “Social Isolation in America: Changes in Core Discussion Networks Over Two Decades,” examined Americans’ core network of confidants (those people in our lives we consider close enough



to trust with personal information and whom we rely on as a sounding board). Authors reported that in 1985, 10% of Americans said that they had no confidants in their lives; but by 2004, 25% of Americans stated they had no confidants in their lives. This study confirmed the continuation of trends that came to public attention in sociologist Robert Putnam's 2000 book *Bowling Alone*.

Underlying many of psychiatry's nearly 400 diagnoses is the experience of helplessness, hopelessness, passivity, boredom, fear, isolation, and dehumanization—culminating in a loss of autonomy and community-connectedness. Do our societal institutions promote :

- Enthusiasm — or passivity?
- Respectful personal relationships — or manipulative impersonal ones?
- Community, trust, and confidence—or isolation, fear and paranoia?
- Empowerment—or helplessness?
- Autonomy (self-direction)—or heteronomy (institutional-direction)?
- Participatory democracy—or authoritarian hierarchies?
- Diversity and stimulation—or homogeneity and boredom?

Research (that I documented in *Commonsense Rebellion*) shows that those labeled with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) do worst in environments that are boring, repetitive, and externally controlled; and that ADHD-labeled children are indistinguishable from “normals” when they have chosen their learning activities and are interested in them. Thus, the standard classroom could not be more imperfectly designed to meet the learning needs of young people who are labeled with ADHD.

As I discussed last year in *AlterNet* in “Would We Have Drugged Up Einstein? How Anti-Authoritarianism Is Deemed a Mental Health Problem,” there is a fundamental bias in mental health professionals for interpreting inattention and noncompliance as a mental disorder. Those with extended schooling have lived for many years in a world where all pay attention to much that is unstimulating. In this world, one routinely complies with the demands of authorities. Thus for many M.D.s and Ph.D.'s, people who rebel against this attentional and behavioral compliance appear to be from another world—a diagnosable one.

The reality is that with enough helplessness, hopelessness, passivity, boredom, fear, isolation, and dehumanization, we rebel and refuse to comply. Some of us rebel by becoming inattentive. Others become aggressive. In large numbers we eat, drink and gamble too much. Still others become addicted to drugs, illicit and prescription. Millions work slavishly at dissatisfying jobs, become depressed and passive aggressive, while no



small number of us can't cut it and become homeless and appear crazy. Feeling misunderstood and uncared about, millions of us ultimately rebel against societal demands, however, given our wherewithal, our rebellions are often passive and disorganized, and routinely futile and self-destructive.

When we have hope, energy and friends, we can choose to rebel against societal oppression with, for example, a wildcat strike or a back-to-the-land commune. But when we lack hope, energy and friends, we routinely rebel without consciousness of rebellion and in a manner in which we today commonly call mental illness.

For some Americans, no doubt, the conscious goal is to get classified as mentally disabled so as to receive disability payments (averaging \$700 to 1,400 per month). But isn't that too a withdrawal of cooperation with society and a rebellion of sorts, based on the judgment that this is the best paying and least miserable financial option?

-30-



28 MAI 2013 | PAR **MICHEL.ROTFUS**

<http://blogs.mediapart.fr/blog/michelrotfus/280513/dsm-mon-amour-dispute-sur-la-nature-de-l-ame-humaine>

DSM, mon amour. Dispute sur la nature de l'âme humaine.

« Flectere si nequeo Superos, Acheronta movebo »

« Si je ne parviens pas à fléchir ceux d'en haut, je ferai bouger le peuple de l'Achéron »

(Virgile, *Enéide*, VII, 312, citation mise en exergue par Freud à la *Traumdeutung*.[\[1\]](#))

« La question "Qu'est-ce que la psychologie?" semble plus gênante pour tout psychologue que ne l'est, pour tout philosophe, la question "Qu'est-ce que la philosophie?". Car pour la philosophie, la question de son sens et de son essence la constitue, bien plus que ne la définit une réponse à cette question. Le fait que la question renaisse incessamment, faute de réponse satisfaisante, est, pour qui voudrait pouvoir se dire philosophe, une raison d'humilité et non une cause d'humiliation. Mais pour la psychologie, la question de son essence ou plus modestement de son concept, met en question aussi l'existence même du psychologue, dans la mesure où faute de pouvoir répondre exactement sur ce qu'il est, il lui est rendu bien difficile de répondre de ce qu'il fait. Il ne peut alors chercher que dans une efficacité toujours discutable la justification de son importance de spécialiste, importance



dont il ne déplairait pas absolument à tel ou tel qu'elle engendrât chez le philosophe un complexe d'infériorité.(...) »

(Georges Canguilhem, *Qu'est-ce que la psychologie ?*[2])

« Tout homme « normal » porte en lui le germe de la folie. Tout homme, sans exception, peut à la seconde, basculer dans un autre monde ».

(Edouard Zarifian, *Les jardiniers de la folie.*[3])

Une très vieille question sans cesse actualisée : qu'est-ce que l'âme ?

La réponse à la très vieille question « qu'est-ce que l'âme ? » semble aujourd'hui toujours aussi indécise, partagée entre celles de la neurologie et de la génétique d'un côté, c'est-à-dire des sciences naturelles, de la psychologie comme science des réactions et du comportement d'un autre, et enfin d'une science du sens intime où, après une longue et tâtonnante histoire[4] s'est établi pendant un temps le triomphe d'une psychologie des profondeurs de l'âme sous le nom de psychanalyse. « *Le psychique n'est plus seulement ce qui est caché, mais ce qui se cache, ce qu'on cache, il n'est plus seulement l'intime, mais aussi - selon un terme repris par Bossuet aux mystiques - l'abyssal* »[5].

Dans ce champ de tension définitionnelle, -la question reste de savoir si l'on peut dire conceptuelle-, on aura beau chercher ce que les philosophes peuvent aujourd'hui en dire : ils sont absents de cette interrogation. Qui prétendrait courir le ridicule d'un « traité de l'âme »[6], si l'on veut bien se souvenir qu'étymologiquement, psychologie signifie science de l'âme ? Le badigeonnage lexical qui consiste à habiller en franco-grec du nom de psyché, psychisme, ce que le latin nomme anima, âme, ne change rien à l'affaire. Ou plutôt, il nous montre clairement où se tient tout discours à prétention savante sur ce que l'âme-psychisme est supposé être.

L'ancienne « folie » dont Michel Foucault a retracée l'histoire flamboyante, a laissé place à l'aliénation mentale, puis aux maladies mentales. Étant désormais à part entière une branche de la médecine, la médecine mentale en épouse aussi la méthode en constituant ses nosographies, dans une histoire riche et mouvante. Georges Canguilhem a pu déclarer à ce propos que l'histoire de la médecine aliéniste et de la médecine mentale n'est peut-être rien d'autre que celle des changements de nom des entités nosographiques, des maladies [7].

Qu'on ne s'y trompe pas la question, n'a rien de spéculatif, au sens courant et banal, fortement péjoratif, de ce qui est fondé uniquement sur la théorie et non sur la pratique, de ce qui est abstrait, conceptuel, idéaliste, chimérique, c'est à dire métaphysique,



philosophique. Elle est scientifique au sens le plus noble du terme, et donc épistémologique [8] comme on dit en France. La bataille qui se déploie depuis quelques temps autour de la publication, qui vient d'avoir lieu, du DSM-5, pour peu qu'on lui prête une attention suffisante et suffisamment éclairée [9], montre que nous sommes ici au cœur d'enjeux qui concernent la vie personnelle de chacun, la « santé » mentale et la souffrance psychique, mais aussi bien la normalité et le pathologique, l'organisation de la vie sociale, le rôle du politique dans son emprise sur les personnes comme sur le champ du social. C'est à dire, de ce que Michel Foucault a nommé dans son cours au Collège de France, la Biopolitique [10].

L'usage s'en aujourd'hui généralisé : un bon nombre de professionnels du domaine de la santé mentale utilisent le DSM pour déterminer les diagnostics après évaluation et les communiquer à leurs patients. Les classifications des troubles et maladies mentales sont désormais enseignées dans la formation de ces professionnels.

Je cite le texte de présentation du dossier publié par le journal *Le Monde* du 13 mai dernier [11]: « *Pétitions, appels au boycott, déclarations et livres-chocs de spécialistes dénonçant un ouvrage "dangereux" qui fabrique des maladies mentales sans fondement scientifique et pousse le monde entier à la consommation de psychotropes... Aux États-Unis et dans de nombreux autres pays dont la France, la tension monte dans les milieux psy, à quelques jours de la présentation officielle de la nouvelle édition du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), prévue au congrès annuel de l'Association de psychiatrie américaine (APA) qui se tient du 18 au 22 mai à San Francisco.*

Si les précédentes révisions - les deux dernières ont eu lieu en 1980 et en 1994 - ont déclenché des controverses, jamais elles n'ont, semble-t-il, été aussi vives que pour cette nouvelle mouture. Comme le souligne avec humour un article paru le 25 avril dans Nature, l'une des seules suggestions qui n'a pas soulevé de hurlements de protestation pendant le processus de révision a été... le changement de nom, de DSM-V en DSM-5. »

Le DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5^e pour cinquième édition) est l'ultime version d'un ouvrage qui règne sur la psychiatrie mondiale en décrivant, une par une, les 450 pathologies mentales qui nous menacent.

« *La colère gronde, des pétitions et des manifestes circulent, y compris outre-Atlantique, pour "dénoncer cette psychiatrisation à outrance de nos modes de vie". Au point qu'aux États-Unis, le très sérieux National Institute of Mental Health prend ses distances » [12].*

En France, la mobilisation monte :

Après une très efficace campagne de presse conduite par le psychiatre et psychanalyste Patrick Landman, et par les portes paroles du *Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire*,



campagne qui a été fortement relayée par tous les medias, doivent se tenir deux grandes réunions publiques : l'une à Villejuif les 31 mai et 1er juin 2013 organisée par le *Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire*[\[13\]](#), et les CEMEA, les « *ASSISES CITOYENNES pour l'hospitalité en psychiatrie et dans le médico-social*[\[14\]](#) ». L'autre, organisée par Patrick Landman à la Maison de Métallos, Paris 11^{ème}, le samedi 1^{er} Juin : *Quel diagnostic en psychiatrie ?*

« *On doit se battre,* » dit avec force Patrick Landman dans l'article déjà cité du journal *Libération* (...) il énumère les dangers qui nous guettent : "*Non au surdiagnostic, non à la pathologisation de la vie quotidienne, non à la surprescription médicamenteuse*". *On pourrait en sourire, (...) mais l'enjeu est réel. Et crucial puisqu'il concerne la frontière sans cesse redéfinie entre le normal et le pathologique. «C'est le triomphe du symptôme, la mort du sujet avec son histoire personnelle et singulière", (...)* ».

Écoutons-le s'expliquer plus précisément sur France-Info le 23 avril dernier :

« *On est dans une spirale du pire. On est passé d'un peu moins de 150 troubles mentaux en 1980, à 400 actuellement sans que cela reflète un progrès scientifique. Il s'agit d'une véritable surpathologisation : ainsi l'hyperphagie c'est à dire la gourmandise excessive (trois « crises » par mois), le syndrome prémenstruel, ou les colères enfantines qui ont des causes complexes, deviennent des maladies mentales. Une pseudo pathologie soignée avec de vrais médicaments. Avec leurs corollaires : la surprescription de psychotropes. Bien sûr il y a des conflits d'intérêts entre ceux des patients,-mais c'est chacun qui d'une manière ou d'une autre va le devenir-, et ceux de l'Association de Psychiatrie Américaine (l'APA), et les grands laboratoires pharmaceutiques. C'est aussi une affaire de méthode en privilégiant le paradigme de l'homme neuronal, on ne voit pas la part des autres facteurs sociaux, familiaux, psychiques.*

Tout ceci se traduit par une augmentation considérable de la vente de psychotropes. 20% des américains en consomment et les effets à long terme sont sous analyse.

Les psychiatres et plus largement les médecins-généralistes-distributeurs-de-médicaments portent une lourde responsabilité dans l'affaire : ils ont une connaissance légère, insuffisante de la psychopathologie et se rabattent sur ce système expert, de façon acritique. Il est très simple et donne une réponse rapide.

Les enfants sont les premières victimes de cette situation. Il y a une augmentation artificielle du nombre d'enfants invalidés. Or, avec les enfants, il n'est pas possible de faire des études pharmacologiques. Les prescriptions qui les concernent sont hors autorisation de mise sur le marché. Ils sont nombreux à être diagnostiqués autistes. « En science, on découvre des maladies. Avec le DSM, on invente des maladies ».



Comment en est-on arrivé là ?

Pour répondre à cette question, remontons le temps de plus d'un demi-siècle.

Au début des années 1950, les psychiatres américains se mettent au travail, pour répertorier les troubles mentaux. C'est un ouvrage de référence qui classe et catégorise des critères diagnostiques et des recherches statistiques de troubles mentaux spécifiques : il s'agit d'obtenir un outil de travail le plus univoque possible et de pouvoir parler la même langue psychiatrique. Cet objectif pourrait sembler normal et louable du point de vue de la rigueur scientifique et de l'efficacité thérapeutique dans un domaine qui, somme toute, est une branche de la médecine. Autrement dit, il s'agit d'unifier la nosographie [15], c'est-à-dire le système de classifications des troubles et maladies mentales.

Le premier DSM (DSM I) est publié en 1952, et diagnostique 60 pathologies différentes. La deuxième édition (DSM-II) est éditée en 1968 et elle diagnostique 145 pathologies différentes. Ils étaient très fortement influencés par la psychopathologie psychanalytique et structurés entre deux formes majeures de troubles psychiques, les psychoses et les névroses.

Le DSM III en 1980, effectue une rupture importante dans l'histoire de la psychiatrie en rompant avec la psychanalyse et la psychiatrie qui s'en inspirait et en instituant un système a-théorique de classification des troubles mentaux, toujours en vigueur aujourd'hui, comportementaliste et antipsychanalytique. Pour les auteurs anti-freudiens du DSM III et de ses versions successives corrigées, il s'agissait de permettre à n'importe quel psychiatre, quelle que soit son école de pensée, de faire le même diagnostic, confronté à un même patient. Il s'agit de retenir les fréquences statistiques en une sorte de modèle fabriqué à partir d'une moyenne statistique, qui fait penser de loin à l'idéal type selon Max Weber [16]. Il n'y a donc ici aucune prétention à atteindre des entités nosographiques dans leur réalité essentielle. Le système de classification vise à ramener les pathologies psychiatriques aux pathologies somatiques. Il repose sur un modèle biomédical et évacue toute considération sur l'étiologie des troubles psychiatriques. Ainsi, la différenciation classique entre névrose et psychose s'estompe, l'hystérie est démantelée en plusieurs catégories diagnostiques, de nouvelles catégories comme l'état de stress post-traumatique ou le trouble de la personnalité multiple apparaissent. Les catégories sont définies par des critères diagnostiques quantitatifs pour augmenter la fiabilité du diagnostic et sa reproductibilité. Cette méthode a été validée par l'Association américaine de psychiatrie (APA) [17].

Le DSM-IV est publiée en 1994 et reconnaît 410 troubles psychiatriques. Il est légèrement révisé en 2000 (DSM-IV-TR). Il prolonge et approfondit le travail entamé avec le DSM-III. Le



DSM-IV est un système de classification par catégories qui sont des prototypes. Ainsi un patient possédant une approximation du prototype est classé dans ce trouble.

Le DSM 5 qui vient de paraître le 22 mai, poursuit dans cette logique, en démultipliant le nombre de pathologies identifiées, en pathologisant les habitudes de la vie quotidienne.

Des critiques viennent des milieux psychiatriques liés à la génétique et aux neurosciences. L'un des grands experts psychiatres américains (du NIMH, l'Institut national de santé mentale), le docteur Thomas R. INSEL dénonce le DSM 5 en lui reprochant d'avoir quitté la science (les causalités) au profit des symptômes (le comportement). Il propose de recentrer la psychiatrie vers un autre projet (Research Domain Criteria, ou RDoC) en relation avec la génétique et les neurosciences. Curieuse critique : car le DSM, depuis sa troisième édition, en tournant le dos à toute approche étiologique a quitté toute démarche en terme de cause. On peut voir, derrière cette montée au créneau des neurosciences et de la génétique, une ambition d'intégrer le domaine de la maladie mentale dans celui des sciences du cerveau et de mettre les maladies de l'âme sur le même plan que celui de la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson.

Par rapport aux systèmes antérieurs de classification des maladies mentales marquées par la diversité, l'hétérogénéité, on pourrait trouver louable l'homogénéisation du système des maladies. Elle est en fait problématique et les effets sont catastrophiques.

Ce qui ici fait problème, c'est justement qu'il s'agit de maladies mentales et non pas de maladies organiques. En ce qui concerne les maladies organiques, si on prend l'exemple d'une tumeur cancéreuse, il est bon et même nécessaire que la pathologie soit identifiée, comprise, et exprimée dans une langue univoque, s'appuyant sur des symptômes identifiés et interprétés de la même façon, et que le mode de traitement soit codifié, après avoir été éprouvé, de manière à permettre l'efficacité maximale du diagnostic et des soins. Ainsi, dans la diversité des services cancérologiques des hôpitaux d'un même pays comme dans ceux des hôpitaux de tous les pays du monde, les médecins cancérologues disposeront d'un même protocole leur permettant la même compréhension de la même tumeur cancéreuse et une efficacité maximale dans leurs soins.

Mais en ce qui concerne les troubles et les maladies de l'âme, ce modèle est inopérant et dangereux : ces troubles et ces maladies relèvent de compréhensions et de traitements qui non seulement sont divers mais opposés et incompatibles entre eux. Quelle convergence possible entre une thérapie chimique et d'autre part une thérapie fondée sur la relation parlée entre thérapeute et patient et sur leur lien transférentiel entre eux comme c'est le cas en psychanalyse et dans la psychiatrie dynamique qui s'en est inspirée ? Sous cette



exigence d'homogénéisation, c'est en fait un coup de force et une prise de pouvoir qui s'opèrent par l'organicisme et le tout chimio thérapeutique.

On pourra tout au plus espérer une complémentarité thérapeutique qui, sur un plan pragmatique, relève du pur bon sens : thérapie par la parole (psychothérapie, psychanalyse,...) ET anxiolytiques, antidépresseurs, antipsychotiques. Ce qui s'est pratiqué bien sûr, mais tend à disparaître au fur et à mesure que la psychanalyse disparaît du champ des soins psychiatriques. Car cet événement, encore impensable il y a une trentaine d'années se réalise aujourd'hui sous nos yeux.

Il s'est très progressivement traduit sur le terrain dans la formation des personnels psychiatriques, des infirmières aux médecins chefs, en passant par les travailleurs sociaux : la psychanalyse est en train de disparaître des lieux d'enseignement dans les formations universitaires, - où les postes de professeurs agrégés faisant des carrières hospitalo universitaires se raréfient comme une peau de chagrin - . Elle disparaît aussi des lieux de soins, c'est-à-dire des services psychiatriques des hôpitaux, des cliniques psychiatriques et autres maisons de santé, des C.M.P. et des C.M.P.P. où les personnels de santé pratiquent suivant ce qu'ils ont appris à pratiquer.

Il ne s'agit pas seulement ici de techniques et de stratégie de soins au sens le plus noble possible, mais de la formation de la *personne* soignante qui va se trouver au contact des soignés, de leurs symptômes, de leurs souffrances et de leurs angoisses, et de celles des familles et de leurs demandes. Comment résister à ce déferlement de difficultés et d'horreurs. Comment faire avec ça ? Qu'en faire ? Le traiter comme une matière brute qui fait partie du tableau avec laquelle négocier et composer, ou bien comme des éléments exogènes, parasites, indésirables et agressifs, dont il faut se protéger et se débarrasser ? Faut-il considérer qu'il y a interaction subjective entre médecin psychiatre (et bien sûr tout le reste du personnel) et malade, ou bien que le psychiatre doit occuper une position de surplomb, verticale et autoritaire, depuis son supposé savoir, caché derrière l'armure de sa blouse blanche.

Car l'originalité de la technique psychanalytique et de sa clinique, est de ne pas être seulement un outil parmi d'autres dans la boîte à outil thérapeutique. Un exemple précisera le sens de mon propos : le Professeur Pierre Delion, Chef du Service Psychiatrie Enfant et Adolescent du CHRU de Lille, explique [\[18\]](#) qu'il a lui-même effectué deux psychanalyses pour pouvoir faire son travail de pédopsychiatre auprès des enfants autistes comment pouvoir être devant la détresse et la souffrance des enfants autistes et de leur famille sans se barder de défenses ? Comment être à l'écoute, ne pas projeter aveuglément ses propres peurs et ses angoisses ?



On peut comprendre que, faute de ce travail sur soi, les médecins psychiatres et tous ceux qu'ils entraînent à leur suite dans leur service, se réfugient dans la nosographie, qu'ils ont tant bien que mal apprise, comme dans une forteresse, cachés derrière l'autorité de leur blouse blanche, observant les patients sur les écrans de contrôle de la salle de surveillance, réalisation idéale du Panoptique de Bentham, se satisfaisant de n'être plus que des distributeurs de molécules, et faisant appel, à l'aide miraculeuse de la fée électricité sous la forme d'électrothérapie, autrement nommée électrochocs, toujours pratiqués.

Georges Canguilhem dans *Qu'est-ce que la psychologie ?* [19] se réfère malicieusement à Nietzsche qui propose de faire une psychologie du psychologue. « (...) Nietzsche, esquissant la psychologie du psychologue au XIXe siècle écrit: "Nous, psychologues de l'avenir ... , nous considérons presque comme un signe de dégénérescence l'instrument qui veut se connaître lui-même, nous sommes les instruments de la connaissance et nous voudrions avoir toute la naïveté et la précision d'un instrument, donc nous ne devons pas nous analyser nous-mêmes, nous connaître". [20] Étonnant malentendu et combien révélateur! Le psychologue ne veut être qu'un instrument, sans chercher à savoir de qui ou de quoi il est l'instrument ».

Étonnante prémonition de ce maître en épistémologie: il n'y a qu'à remplacer psychologues par psychiatres pour avoir sur eux un jugement d'une pertinence aigüe. Poursuivons la lecture. Il entreprend un « (...) *embryon de psychologie du testeur. La défense du testé c'est la répugnance à se voir traité comme un insecte, par un homme à qui il ne reconnaît aucune autorité pour lui dire ce qu'il est et ce qu'il doit faire. "Traiter comme un insecte", le mot est de Stendhal qui l'emprunte à Cuvier [21]. Et si nous traitions le psychologue comme un insecte; si nous appliquions, par exemple, au morne et insipide Kinsey la recommandation de Stendhal ?* ».

Et si nous traitions le psychiatre comme un insecte?

Qui sera à la place du « *morne et insipide Kinsey* » ?

Désormais, la chimiothérapie, le tout-psychotrope, est le seul horizon thérapeutique, assorti de méthodes inspirées des T.C.C. Les thérapies cognitives et comportementales sont peut-être de quelque utilité dans le sevrage tabagique, mais on peut douter de leur quelconque efficacité dans le domaine des maladies mentales. C'est pourquoi je n'en parlerai pas ici.

Au nom d'une simplification, d'une clarification, d'une unification, le DSM III va effectuer cet acte qui relève de la tératologie [22] épistémologique en séparant le regard clinique de la compréhension étiologique, c'est à dire de la relation causale entre la nature du trouble ou de la maladie et ses manifestations dans les signes observables.



Si l'étiologie est la recherche des causes de la maladie, la mise en rapport des signes cliniques et des causes qui les provoquent, la psychanalyse dispose d'une étiologie des névroses, puisqu'elle en propose une psychogénèse par une théorie de la relation conflictuelle des instances psychiques, nourrie d'événements perturbateurs au cours de l'enfance de chaque sujet[23]. Le sujet névrosé se distingue très nettement du sujet psychotique : il peut converser assez tranquillement avec le thérapeute de ses difficultés existentielles, tandis que le psychotique est agité, et envahi par son délire hallucinatoire. Mais les « cases » de la nosographie psychanalytique ne sont pas figées et il faut ici se garder de tout dogmatisme nosologique : dans leur évolution, le névrosé peut entrer dans des crises hallucinatoires aiguës alors que le psychotique qui s'est chronicisé ne laisse plus apparaître que des symptômes qu'on pourrait prendre pour ceux d'un névrosé lambda.

Cette psychogénèse psychanalytique se trouve en concurrence avec une « organogénèse » des psychoses qui enracine dans le cerveau leur origine et leur cause. Le courant antipsychiatrique qui s'est développé en particulier aux USA, en Angleterre et en Italie enracine dans des causes sociales, dans l'interaction entre les sujets et un milieu perturbant, les causes des troubles psychiques. Une bataille féroce s'est livrée à l'intérieur de ce triangle psychogénèse/organogénèse/sociogénèse. L'histoire, dans son mouvement, peut être facétieuse et spirituelle : avant Freud, les termes de névrose et de psychose avaient un contenu strictement inverse : les névrosés souffraient de maladie des nerfs, c'est à dire, organiques, ainsi la maladie de Parkinson faisait-elle partie des névroses, tandis les psychoses étaient des maladies de l'esprit d'où l'organique était à peu près exclu.

Avec la découverte puis l'emploi systématique des psychotropes, la question de la psychogénèse des maladies ainsi soignées ne se posent plus. Les psychotropes modifient la chimie cérébrale : ils sont utilisés comme moyens thérapeutiques pour traiter les troubles mentaux dans une perspective symptomatique. En aucune manière, ils n'ont d'effets sur les causes des troubles psychiques. Leur irruption et leur succès dans le traitement des maladies mentales sont le fruit du hasard et pas du tout d'une recherche fondée sur une hypothèse neurobiologique. Ainsi en a-t-il été par exemple de la découverte du lithium [24]. Comme à Byzance aux VIIIème et IXème siècles où iconoclastes et iconodoules se déchiraient, ce monde se divise en chimiatres, adulateurs du tout chimio thérapeutique, et chimi-athées, avec, entre les deux, toutes les nuances. Ils ont chacun leurs croyances sur l'étiologie des maladies et adulent ou rejettent les molécules miraculeuses en fonction de celles-ci. Ces croyances pourraient être ce que Georges Canguilhem nomme des « idéologies scientifiques » [25], sortes de proto-science, c'est-à-dire science qui n'est pas encore arrivée à maturité, qui prend son modèle sur une science déjà constituée, mais qui du fait qu'elle n'appréhende pas son objet dans sa spécificité a un fondement mal assuré et



utilise des méthodes approximatives qui en retour légitiment les pratiques sociales et l'ordre politique et économique.

Il est cependant difficile ici de les examiner à la lumière de ce concept-outil car...elles n'existent purement et simplement pas en tant que doctrines un tant soit peu constituées. Les neurosciences peinent à trouver dans le cerveau les causes des maladies sur lesquelles ces molécules sont actives sans qu'on puisse aujourd'hui encore comprendre pourquoi. Cette neurogenèse des maladies mentales reste encore à venir. Pour autant qu'elle le puisse. Voilà qui doit limiter leurs prétentions, sinon leurs ambitions.

Une véritable farandole de molécules, un grand huit de médicaments, une kyrielle d'effets non souhaités.

En revanche, l'usage désormais systématique et très largement pratiqué de ces molécules (les médecins généralistes, alors qu'ils ne sont pas neuropsychiatres, administrent les tranquillisants de façon encore plus généreuse que les tubes d'aspirine) pose plusieurs ordres de problèmes.

Si les médicaments sont assez efficaces dans la plupart des cas pour effacer les symptômes, dépression, anxiété ou délire, l'administration au long cours de traitements chimiothérapeutiques s'avère au bout d'un certain temps inefficace, quand s'installe une chronicité de la maladie, véritable démenti à leur supposée efficacité et à leur toute puissance. Les malades, regroupés ou non en associations d'usagers de la psychiatrie, -ou plutôt d'anciens usagers-, de plus en plus puissantes et présentes dans les instances des institutions de soins et de réflexion sur la santé mentale, s'auto-soignent, en se médiquant ou au contraire en se sevrant, ou en pratiquant toutes sortes de médecines parallèles. Ceux qui ne sont pas parvenus à se prendre en charge eux-mêmes, sont plongés dans l'errance. Nous en croisons parfois, sans le savoir, à l'abandon sous un porche ou un quai de métro, obscurs SDF dépressifs ou psychotiques, abandonnés de tous et dans les marges de la société et de la santé mentale, quand ils ne se suicident pas purement et simplement.

D'autre part, au plus près des préoccupations thérapeutiques, c'est-à-dire des soins, le tout chimio thérapeutique, produit de graves dégâts par l'accumulation des molécules ingérées. On pourrait parler ici, en paraphrasant la carte des desserts de certains restaurants, d'une véritable farandole des molécules. La chose prêterait à sourire si elle n'était pas tragique. Le tableau est quasiment apocalyptique.

Je parle ici de la diversité et de l'importance des « effets non souhaités » comme le disent les notices des laboratoires pharmaceutiques avec un extraordinaire humour involontaire. Si l'on s'en tient aux médicaments les plus fréquemment administrés, ce sont les



anxiolytiques, les antidépresseurs, et immédiatement derrière, les antipsychotiques qui arrivent en tête du palmarès.

Voici la liste de ces effets : dessèchement buccal, hyper sudation, démangeaisons cutanées, perte de la libido et impuissance, perte de la faim, perte de poids, troubles visuels, chutes de cheveux, insomnies, développement d'un parkinson (dyskinésies, hyper kinésies), perte de la vigilance, perturbation de l'activité motrice, troubles de la thyroïde. Tous ces troubles somatiques vont bien sûr être à leur tour soignés, pour autant qu'ils puissent l'être efficacement. D'où de nouvelles ordonnances de médicaments complémentaires. Et d'autres médicaments encore pour protéger l'appareil digestif de leurs effets. De plus, ces antidépresseurs, anxiolytiques, et autres antipsychotiques ne se contentent pas de dégrader le corps des malades. C'est le psychisme lui-même qui est attaqué : ils peuvent produire des renforcements des symptômes qu'ils sont censés soigner comme le développement d'angoisses paniques, qui seront à leur tour traitées par les psychiatres, portés par une véritable hubris comme sur un grand huit de fête foraine thérapeutique qui les emporte dans une fuite en avant. D'où ensuite un renforcement des nouveaux « effets non souhaités », et ainsi de suite jusqu'à la fin des temps.

Ces « effets non souhaités » ne se limitent pas aux effets somatiques. C'est l'intégrité de l'intimité de la subjectivité qui est atteinte. Les fonctions intellectuelles sont aussi affectées : le plus souvent c'est la mémoire qui est dégradée en premier, voire totalement « blanchie ». Le langage se défait, jusqu'à ne plus pouvoir qu'ânonner : il devient difficile d'articuler une idée, encore plus d'en articuler deux ensemble, pour soi comme pour autrui. Disparition du langage mais aussi des idées. Difficile aussi de décider, de choisir, de vouloir : l'activité volontaire est atteinte. Il n'est pas exagéré de dire que c'est le sujet, dans son intimité et celles des fonctions qui supportent la subjectivité qui est atteint, molesté, dégradé. Jusqu'à ne plus pouvoir exister comme sujet et à connaître une errance intérieure dans les confins des territoires où l'esprit se perd. Camisole chimique n'est pas un vain mot. Un faible rayon de lumière, une prise de conscience peut survenir : la personne ainsi atteinte, sans être suicidaire, peut souhaiter la fin. Le miracle d'un sursaut peut se produire : c'est alors une course au sevrage afin d'être débarrassé de cette vertigineuse fuite en avant dans les symptômes morbides et leurs traitements. Mais ce n'est pas sans risque : c'est jouer véritablement avec la fortune, bonne ou mauvaise, en risquant les effets rebonds, c'est-à-dire, du fait de l'arrêt soudain, la production décuplée de symptômes d'angoisse panique, de dépression ou d'états maniaques. De cette loterie, on n'en sort pas toujours gagnant.

En outre, grâce aux nomenclatures du DSM et aux exigences des classements imposées en France par la sécurité sociale pour prendre en charge les patients, comme par les



assurances privées aux États-Unis pour les rembourser, un nombre considérable de personnes se retrouvent, à leur plus grande surprise, du jour au lendemain, étiquetées psychotiques, ou plutôt, pour parler le langage actuel, bipolaires et soignées comme telles. Les exigences institutionnelles pervertissent l'inscription du malade dans la grille nosographique. S'appuyant sur l'ombre et les vestiges de l'autorité de l'ancien pouvoir psychiatrique, le médecin psychiatre déclare à son patient qui n'en peut plus mais, sur un ton péremptoire et inspiré : « Vous êtes bipolaire. Voici votre traitement. A compter de telle date, je vous propose de vous joindre au groupe de thérapie de malades bipolaires que j'anime. Je suis spécialiste des maladies bipolaires! ».

Décrire la réalité conduit à être soupçonné de caricaturer dans une intention de dénigrement. Pourtant, dans certains services psychiatriques de certains hôpitaux, le lien thérapeutique entre soignants et soignés se réduit à la question quotidienne posée par l'interne au patient : « Sur une échelle de zéro à dix, comment situez-vous votre angoisse ce matin ? On peut aisément imaginer ce que devient le regard clinique [26] du supposé thérapeute, réduit à être un M. Homais de la distribution de molécules, obsédé par son protocole et par l'évaluation quantitative de l'angoisse. Ou, suivant les cas, de l'agitation maniaque. On peut songer aussi à ce que devient l'alliance thérapeutique dans une telle relation si peu riche et si peu humaine, où le médecin n'est taraudé que par une seule question : « est-il, est-elle ou non suicidaire ? », puisque le suicide est désormais une maladie qui se traite paraît-il avec des médicaments.

De la nature de l'âme.

Cette question, celle de la nature de l'âme est au cœur de toute préoccupation sérieuse ayant pour objet l'étiologie des maladies de l'âme. On l'aura compris, la psychiatrie de la chimie en fait l'économie, elle l'ignore comme elle ignore la réponse qu'elle y apporte.

Pourtant, qu'elle le veuille ou non, elle réduit l'être humain à un malheureux tas de molécules et à leur mécanisme, à une chose. Aujourd'hui, l'histoire du jeune Werther ou de Mme Bovary se résumerait à un article dans les colonnes des faits divers des journaux, ramenée par les psychiatres à une affaire d'exaltation maniaque d'un bipolaire en crise ou de sérotonine à re-capturer par les bonnes molécules. Elisabeth Roudinesco, dans un livre ancien de quelques années mais d'une actualité brûlante [27] s'interroge : qu'en est-il des psychotropes et de la pharmacologie dans la prise en charge des maladies mentales ? Face à cette négation de la vie psychique par les théoriciens de « l'homme-machine », que devient la psychanalyse ? Ne se trouve-t-elle pas ruinée ? A-t-elle encore un avenir ?

Dans une véritable défaite du sujet, l'homme cognitif, objet des neurosciences a remplacé l'homme désirant et l'individualité a remplacé la subjectivité, chaque individu étant traité



de façon uniforme par la même pharmacie. Fin de la singularité irréductible de la relation intersubjective du discours et de l'écoute. Ainsi est-on passé de l'affrontement à l'évitement, du culte de la gloire à la revalorisation des lâches.

Dans ce monde ainsi brossé, l'histoire récente de la psychiatrie a vu le triomphe de la pharmacologie et du comportementalisme. Verra-t-on un jour, dans la vitrine d'un libraire, au milieu du pullulement des autofictions, un ouvrage intitulé *Autobiographie d'un ordinateur ?* se demandait Georges Canguilhem, qu'Élisabeth Roudinesco cite longuement, en appui de sa défense de l'inconscient freudien face aux thèses « matérialistes », parfois réductionnistes, des neurobiologistes et des cognitivistes. Le cerveau de l'homme nouveau fabriqué par le positivisme neurobiologique ou cognitiviste ressemble à celui que fabrique Frankenstein dans le roman de Mary Shelley. L'inconscient freudien soutient Élisabeth Roudinesco « *n'est pas assimilable à un système neural, [et pas non plus] intégrable à une conception cognitive ou expérimentale de la psychologie. Et, pour autant, il n'appartient pas au domaine de l'occulte ou de l'irrationnel* » (pp. 69-70).

Aujourd'hui c'est tout autant le problème de la conscience qui est posé, de l'homme-sujet, face à l'homme neuronal, de l'homme responsable, faisant exister son « je » dans l'espace du « jeu » des déterminations multiples qui l'agissent, qu'elles soient externes, sociales, et économiques, ou internes, neuronales ou humorales.

Laure Murat dans son très beau livre [\[28\]](#) sur les malades mentaux dans l'asile du XIXème siècle, animée par une véritable passion de l'archive, a travaillé sur celles de Sainte Anne et de la Salpêtrière, en décelant la parole entre les lignes qui concernent ceux qui ont basculé de l'opinion politique au délire morbide. Pour mesurer le passage de l'une à l'autre, il lui a fallu aller chercher cette parole, non pas dans les écrits des fous, mais dans ceux des psychiatres, avec leur vocabulaire, leur syntaxe et leur style. Ce travail de l'archive souligne-t-elle est devenu impossible à propos de la psychiatrie d'aujourd'hui. Elle ne pourrait jamais écrire un livre équivalent traitant des patients du temps présent: la reconnaissance du droit des « usagers » de la médecine, leur libre accès (du moins en principe) à leur dossier médical, limite considérablement ce que les psychiatres s'autorisent à écrire d'eux. Les comptes-rendus d'entretien comme les feuilles journalières de surveillances sont minimalistes, écrits en style télégraphique, la plupart du temps par les membres du service, infirmières, élèves infirmières, aides-soignantes, sans être ensuite reprises par le psychiatre, pour être l'objet d'une synthèse assortie de commentaires. La psychiatrie est devenue muette et terne.

Qu'aurait-elle à dire d'ailleurs quand la seule chose qui l'intéresse est de noter les variations des réactions aux molécules afin de les ajuster, en plus ou en moins, ou d'en changer jusqu'à trouver la bonne. Misère de la psychiatrie loin, très loin du dynamisme fondé sur



l'apport de Freud, dans la première moitié du XX^{ème} siècle. Aujourd'hui, il ne s'agit plus à l'hôpital d'écouter la plainte de ceux qui s'y sont égarés à chercher secours, asile ou hospitalité. Il s'agit encore moins d'entendre et de laisser parler le délire quand il s'exprime, mais d'obturer plaintes et délires par les molécules appropriées. On peut encore aujourd'hui se promener dans le parc de l'hôpital Esquirol, nouveau nom donné en 1973 à l'hôpital Charenton, où le Divin Marquis finit ses jours. Dans son « *postambule* », par lequel se termine son livre, c'est avant tout à « *l'histoire de la folie* » et de son traitement – et bien sûr aussi à ce que le sort des aliéné(e)s dit de la société où ils vivent jusque dans notre actualité immédiate, évoquée in fine – que Laure Murat s'intéresse, en héritière critique de Michel Foucault.

Elle y évoque sa visite faite à Charenton –Esquirol, lieu de relégation centralisé dans le cadre de la psychiatrie de secteur de malades hagards, enfermés dans une sorte de salle commune au péristyle ancien, abrutis par les traitements chimiques. Dans ce parc, au centre de tous les regards, se dresse une statue d'Esquirol protégeant de son manteau un aliéné étendu à ses pieds : mémorial muet de ce que fut, dit-elle, "la période la plus brillante de la psychiatrie française".

De celle où la psychiatrie avait une âme.

Est-elle désormais révolue ?

Cela dépendra de nous et de notre capacité à dire non ! A refuser cette machine à déshumaniser et à promouvoir une médecine de l'âme encore à venir qui soit à l'écoute des patients c'est à dire hospitalière.

Références

[1] *L'interprétation du rêve*, traduction et présentation par J. P. Lefebvre, p. 23, Seuil, 2010.

[2] Georges Canguilhem, *Qu'est-ce que la psychologie ?*, conférence, prononcée au Collège philosophique le 18 Décembre 1956 et publiée dans la *Revue de Métaphysique et de Morale*, 1958, n° 1, 12 - 25. Repris dans *Cahiers pour l'analyse 2*. Edité par Le Graphe.

[3] Edouard Zarifian, *Les jardiniers de la folie*, Poches Odile Jacob, 2000.

[4] Henri F. Ellenberger, *Histoire de la découverte de l'inconscient*, présenté par Elisabeth Roudinesco, Fayard 1994, *Médecines de l'âme, Essai d'histoire de la folie et des guérisons psychiques*, textes réunis et présentés par Elisabeth Roudinesco, Fayard, 1995.

Michel Foucault, *Folie et déraison, histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, 1961 et *Maladie mentale et psychologie*, PUF 1954 et 1962. Ouvrage collectif : *Penser la folie. Essais sur Michel Foucault*, Galilée, 1992.

[5] Georges Canguilhem, *ibid.*, II, C.

[6] C'est à Aristote qu'on doit l'un des tout premiers, sous les titres successifs « *Peri psuchè* », « *De anima* », « *De l'âme* », suivant que l'on passe du grec au latin, puis du latin au français.



[7] Notes personnelles du séminaire de G. Canguilhem (1970-1971) sur l'histoire de la médecine mentale, à la fin du XIX^e s.

[8] Épistémologie (du [grec ancien](#) ἐπιστήμη / epistémê connaissance, science et λόγος / lógos, discours: dans la tradition philosophique française, ce mot désigne le domaine de la philosophie des sciences qui étudie soit les sciences particulières, soit la théorie de la connaissance en général. En France, l'épistémologie a le statut institutionnel d'une discipline à part, distincte de la philosophie et de l'histoire: elle constitue ainsi la section 72 du [CNU](#). Elle y occupe plusieurs dizaines de laboratoires, dont notamment l'IHPS, le Centre de recherche en épistémologie appliquée, RERHSEIS, le Centre François Viète, les Archives Henri Poincaré, le Centre Georges Canguilhem, l'IRIST, l'unité Savoirs et Textes, ou le GRS, qui regroupent des centaines de chercheurs. Elle intéresse plus d'une vingtaine d'écoles doctorales et des sociétés savantes comme la Société de philosophie des sciences (dépendant de l'ENS Ulm) ou la SFHST ou des listes de diffusion comme Theuth. Ou encore comme la SIHPP.

[9] Pour une information correcte et complète on pourra se reporter au livre de Patrick Landman : *Tristesse business, le scandale du DSM 5*. Edit. Max Milo.

et aux dossiers proposés par :

- le site de la SIHPP : http://www.sihpp.sitew.com/#Textes_d_actualite.F

- le site du CIFP : <http://www.cifpr.fr/+DSM-5+>

[10] *Naissance de la Biopolitique. Cours au Collège de France. 1978-1979.* ; Hautes Etudes. Gallimard/Seuil, 2004.

[11] *Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou*. Présentation par Sandrine Cabut du dossier proposé par *Le Monde Science et Techno*, 13.05.2013.

http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rend-fou_3176452_1650684.html

[12] *Libération : Fronde contre la psychiatrie à outrance* / 7 mai 2013.

http://www.liberation.fr/societe/2013/05/07/fronde-contre-la-psychiatrie-a-outrance_901586

[13] Le *Collectif contre la nuit sécuritaire* est animé principalement par les Dr. Patrick Chemla et Hervé Bokobza, psychiatres. Les CEMÉA: je résume ce qu'on peut lire sur leur site (<http://www.cemea.asso.fr/spip.php?article6771>) : mouvement d'éducation nouvelle, association d'éducation populaire, et organisme de formation professionnelle, ils sont porteurs depuis plus de 70 ans, d'une large expérience sociale et collective. Les Ceméa sont reconnus d'utilité publique et sont agréés par les grands ministères de l'Education nationale, de la Jeunesse et des Sports, de l'Action sociale, de la Culture, de la Communication, des Affaires étrangères. Ils se sont donné pour objectifs : construire l'éducation nouvelle au 21^e siècle. Faire vivre l'éducation, développer les pratiques culturelles et la lutte contre toutes les exclusions. Agir dans les institutions pour la jeunesse et l'éducation populaire. S'engager pour le développement durable et pour les solidarités nouvelles, entre les générations, en Europe et dans le monde. Consolider les centres de vacances et de loisirs et se mobiliser pour le droit aux vacances pour tous. Leur projet s'appuie sur les valeurs de l'éducation nouvelle et la mise en action des individus, par les méthodes d'éducation active.

[14] La plaquette de présentation de ces assises est consultable à : <http://www.collectifpsychiatrie.fr/wp-content/uploads/2013/02/Plaquette-Assises.pdf>. Elle rappelle sa mobilisation contre l'ensemble de lois et des mesures réglementaires, tendant à normaliser les



conduites et les populations, et pour certaines à les criminaliser, demandant leur abrogation, et appelant à une psychiatrie centrée sur le soin des personnes en souffrance psychique, la réinventant et la refondant.

[15] La nosographie est la description et classification des maladies.

[16] Dans la sociologie de Max Weber, l'idéal type n'a pas pour finalité de retranscrire la réalité : c'est seulement un guide dans la construction des hypothèses. Il consiste tout d'abord à relier dans une trame commune, des phénomènes potentiellement disparates de l'expérience. Il faut ensuite apporter une cohérence à l'ensemble des traits ainsi reliés, quitte à en atténuer voire à en gommer certains, et au contraire à mettre en avant d'autres. L'idéaltype est une production idéalisée, qui n'a qu'une simple valeur logique : il est le support de comparaisons et de classements et constitue une utopie qui doit aider à la réflexion.

[17] Le livre de Stuart Kirk et Herb Kutchins, *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les empêcheurs de penser en rond, Synthélabo. 1998, retrace cette épopée, dont un des épisodes marquants a été la question du retrait de l'homosexualité hors des maladies mentales. Cette « avancée » s'est faite dans un contexte de très violentes polémiques aux Etats Unis. Mais au-delà, il analyse la nouveauté radicale des classifications des mentales.

[18] Il l'a redit encore lors de son intervention vendredi 31 mai dernier, aux *Assises citoyennes pour l'hospitalité en psychiatrie et dans le médico-social*.

[19] Op. cit.

[20] Nietzsche *.La volonté de puissance*, trad. Bianquis, livre III, § 335.

[21] "Au lieu de hall le petit libraire du bourg voisin qui vend l'Almanach populaire, disais-je à mon ami M. de Ranville, appliquez-lui le remède indiqué par le célèbre Cuvier; traitez-le comme un insecte. Cherchez quels sont ses moyens de subsistance, essayez de deviner ses manières de faire l'amour". Stendhal, *Mémoires d'un Touriste*, Calmann-Lévy, tome II, p. 23).

[22] Si la tératologie (du grec τέρατς, monstre et logos, science) est l'étude scientifique des malformations congénitales, l'étude des monstres, (être vivant présentant une importante malformation), on comprendra mon jeu de mots qui désigne ici une théorie scientifique elle-même monstrueuse.

[23] Pour toutes ces explications, je me suis largement inspiré de celles d'Edouard Zarifian dans *Les Jardiniers de la folie*. op. cit.

[24] E. Zarifian, op. cit., p. 79-chap. 3, *Les médicaments du cerveau*.

[25] *Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie*. Vrin, série « Problèmes et controverses », 1977. Voir la très remarquable étude qu'en fait Pierre Macherey *Canguilhem et le concept d'idéologie scientifique, 14-05-2008*, Groupe d'études la philosophie au sens large, CNRS/Lille 1 et 3. On en trouve le texte sur : <http://stl.recherche.univ-lille3.fr/seminaires/philosophie/macherey/macherey20072008/macherey14052008.html>

[26] Le terme « clinique » vient du grec *klinikê*, repris en latin sous le terme *clinicus* : il se dit de ce qui se fait près du lit des malades. Clinique est un terme de médecine au sens où une leçon clinique est celle qui est donnée dans un hôpital près du lit des malades. Il désigne l'observation directe qui se fait auprès du malade, par l'identification des signes cliniques qui vont permettre l'établissement d'un diagnostic. Le concept de regard clinique peut être compris comme un langage technique sur les corps des malades, construisant de manière raisonnée un diagnostic en se fondant sur l'analyse



systematisée des signes et des symptômes que le « technicien du corps » aura perçus. La médecine moderne s'est édifiée en même temps que s'est construit ce regard clinique : il réunit, en une relation singulière, le médecin et la personne soignée.

Voir Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, PUF. 1963.

[27] Élisabeth Roudinesco, *Pourquoi la psychanalyse ?* Fayard, 2000.

[28] Laure Murat, *L'homme qui se prenait pour Napoléon, Pour une histoire politique de la folie*, Gallimard, 2011

-30-

SCIENCES HUMAINES

Mis à jour le 29/05/2013

http://www.scienceshumaines.com/que-faire-des-hysteriques_fr_30722.htm

Que faire des hystériques ?

Alexandra Bacopoulos-Viau

Chercheuse postdoctorante à l'université de New York, où elle se spécialise dans l'histoire des disciplines « psy ».

Maladie de l'utérus ou du cerveau ? À soigner par le mariage ou par la parole ? Ces questions ont hanté les médecins pendant des siècles... jusqu'à ce que l'hystérie se volatilise !

Tâche ardue que celle de définir l'hystérie. Tantôt mal de mère, tantôt affection neurologique, tantôt douleur accablante, tantôt théâtre des simulations, elle intrigue depuis des siècles. Utilisé soit comme substantif soit comme adjectif, le terme a subi diverses transformations tout au long de sa grande histoire. De sorte qu'avec la question de savoir ce qu'est cette affliction, il faut nécessairement enchaîner en demandant : à quel moment ? Et pour qui ?

Traitement de choix : le mariage !

Car l'hystérie fut de tout temps une maladie protéiforme aux symptômes divers, dont les manifestations bizarres et mystérieuses n'ont jamais fait l'unanimité d'un diagnostic. Véritable objet de fascination dans les champs médicaux et extramédicaux, la figure de l'hystérique polymorphe se glisse d'un domaine à l'autre avec une aisance particulière. Démoniaque possédée chez les uns, muse rebelle chez les autres, l'hystérique revêt mille visages.



Des troubles dits « hystériques » remontent, nous dit-on, à l'Antiquité. Depuis les sources égyptiennes jusqu'aux traités romains, en passant par le corpus hippocratique, les médecins de l'époque expliquent par une étiologie utérine les divers symptômes d'émotivité excessive, de suffocation, de difficultés respiratoires dont souffrent certaines femmes. De telles manifestations seraient dues à une trop grande mobilité de la matrice qui, se mouvant verticalement, compresserait les autres organes et produirait tous ces maux étranges. Cette mutation utérine étant attribuée à l'insatisfaction sexuelle, mariage et procréation deviennent des cures de premier choix.

La thèse génitale perdure dans les écrits médicaux au moins jusqu'à l'aube du xviii^e siècle, période à laquelle est remise en question cette conception ancienne. De la France et de l'Angleterre émergent des voix savantes faisant basculer le siège de l'utérus au cerveau (1). Si, en octroyant à l'hystérie une étiologie neurologique, ces médecins en font théoriquement l'apanage des hommes tout autant que des femmes, la gent féminine continue néanmoins de dominer le tableau clinique de l'époque : sont mises en cause ici sa nature délicate, sa fragilité, sa propension à lire des romans qui éveillent une trop vive imagination...

C'est au siècle suivant que ces débats atteignent leur apogée. Véritable « âge d'or de l'hystérie » (2), le XIX^e siècle s'ouvre sur le fameux Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale de Philippe Pinel (1745-1826) qui, féru de nosologie, range l'hystérie dans les « névroses de la génération de la femme ». La classique thèse utérine domine – allant de pair avec sa thérapeutique privilégiée, la quête d'un mari – jusqu'après la monarchie de Juillet, lorsqu'est remise au goût du jour l'étiologie cérébrale chez l'aliéniste Étienne-Jean Georget (1795-1828). Cette position trouve écho au début du Second Empire dans les écrits de Pierre Briquet (1796-1881), médecin de renom qui publie en 1859 un traité faisant état de ses observations sur plus de 400 cas. Si l'hystérie relève ici de l'encéphale, la condition demeure néanmoins une affaire féminine ; après tout, observe P. Briquet, le quart des femmes en seraient affligées. Et pour cause : de par sa sensibilité spéciale – ce surplus de sentiments « nobles et admirables, des sentiments qu'elle seule est capable d'éprouver (3) » –, la femme/hystérique doit être rangée, réglée, apaisée. L'image romantique de la vierge maternelle et vulnérable réapparaît donc à cette époque, validée cette fois par un discours scientifique (4).

Mais l'imprécision de ce diagnostic agace. « Un autre médecin me dit pour toute consolation que je suis hystérique », écrit Charles Baudelaire à Charles Sainte-Beuve dans une lettre de 1866. « Admirez comme moi l'usage élastique de ces grands mots bien choisis pour voiler l'ignorance de la chose (5) ! » Quelques années plus tard, un homme médical illustre surnomme quant à lui cette condition « la corbeille à papier de la médecine ». Maladie fourre-tout aux frontières fluides, le mystère de l'hystérie perdure. Que faire de ces étranges



manifestations alors que l'on ne s'accorde ni sur leurs symptômes ni sur leur cause ? Que faire de cette mystérieuse figure inclassable, héritière des sorcières médiévales ? Et comment la traiter ?

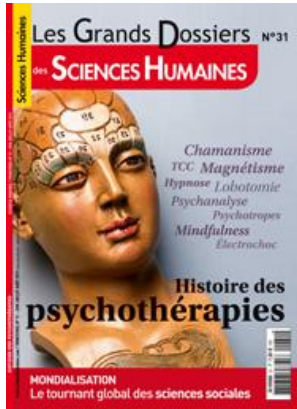
De l'hypnose à la cure par la parole

Arrive Jean Martin Charcot (1825-1893), première Chaire des maladies du système nerveux qui, en 1870, se tourne vers l'hystérie dans le but d'en percer les mystères. Maladie nerveuse et nullement génitale, l'hystérie charcotienne est insérée dans un cadre positiviste. Or l'hystérique est loin d'être docile. De nature et de tempérament mouvants, le corps débordé de secousses et de convulsions, elle se meut de partout. Excessivité, paralysies, cris, spasmes et contractions s'enchaînent dans les murs de la Salpêtrière sous le regard de J.M. Charcot et de ses élèves. Cette hystérique doit donc être apaisée. Elle sera mise sous hypnose. Installant un laboratoire photographique afin de déceler les stigmates physiques de ce grand mal, le maître de la Salpêtrière transforme également ses salles de cours en théâtre expérimental. Cette procession de corps somnambules étalés devant le Tout-Paris lui permet de mieux cerner les caractéristiques de la fameuse condition.

De cette saga charcotienne qui avait marqué la Belle Époque, on trouve peu de vestiges à l'aube du XXe siècle. Attaqué par plusieurs comme n'étant qu'un habile metteur en scène suggestionnant leurs symptômes à ses pauvres sujets, J.-M. Charcot aurait produit une « hystérie de culture ». Par ailleurs, un jeune neurologue viennois commence à faire sa marque. En s'intéressant aux récits de l'inconscient, Sigmund Freud donne une voix à l'hystérique. Il inaugure ce faisant un traitement novateur : la cure par la parole, élément de base de la méthode psychanalytique.

L'hystérie n'existe plus, affirme-t-on. Les temps changent. En 1928, Louis Aragon et André Breton proclament l'hystérie « la plus grande découverte poétique de la fin du XIXe siècle(6) ». « Où sont-elles passées les hystériques de jadis, ces femmes merveilleuses (...) », déplore à son tour Jacques Lacan en 1977. Qu'est-ce qui remplace ces symptômes hystériques d'autrefois (7) ? » De nouvelles catégories diagnostiques prennent le dessus. Aussi l'hystérie est-elle éradiquée du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, la classification psychiatrique américaine : depuis 1980, ses symptômes sont diffractés dans de nouvelles catégories (troubles somatoformes, troubles de la personnalité, etc.). Hystérie : mal révolu, donc, dont perdure la fascination mythique dans l'imaginaire culturel moderne (8). Baudelaire, Émile Zola, Breton, Pablo Picasso, tous des artistes qui ont vu dans cette condition un état propice à la création et qui, ce faisant, ont ouvert des voies nouvelles à de divines folies (9).

Alexandra Bacopoulos-Viau



NOTES

1. C'est notamment le cas dans les écrits des médecins Charles Le Pois (1563-1633) et Thomas Sydenham (1624-1689).
2. Nicole Edelman, dans Les Métamorphoses de l'hystérique. Du début du XIXe siècle à la Grande Guerre (La Découverte, 2003), montre que, contrairement à ce qui est souvent écrit sur le sujet, la première moitié du XIXe siècle produisit en fait plus de thèses médicales sur l'hystérie que la fin du siècle.
3. Paul Briquet, Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie, Baillière, 1859.
4. Sur cette « hystérisation » du corps féminin, voir Michel Foucault, Histoire de la sexualité, vol. I, La Volonté de savoir, Gallimard, 1976.
5. Cité dans Nicole Edelman, op. cit.
6. Louis Aragon et André Breton, « Le cinquantenaire de l'hystérie (1878-1928) », La Révolution surréaliste, n° 11, 15 mars 1928.
7. Cité dans Élisabeth Roudinesco, Histoire de la psychanalyse en France, 1982, 2 vol., rééd. Fayard, 2006.
8. Jacqueline Carroy-Thirard, « Hystérie, théâtre, littérature au XIXe siècle », Psychanalyse à l'université, vol. VII, n° 26, mars 1982.
9. Ibid.

-30-



Blog de [Héloïse Junier](#)
Psychologue et journaliste

5 janvier 2012

<http://hjunier.wordpress.com/2012/01/05/jean-furtos-quand-la-mondialisation-nous-rend-fous/>

Quand la mondialisation nous rend fous



La mondialisation n'a pas fini de faire parler d'elle : la voici accusée d'affecter notre santé mentale, en précarisant les liens sociaux. Quelles sont les pathologies mentales qui pourraient résulter de la mondialisation ? Dans quels pays, chez quels individus ? Réponses de Jean Furtos, psychiatre et président du Congrès des 5 continents qui s'est tenu sur la question cet automne à Lyon.



Vous estimez que la mondialisation peut entraîner des pathologies mentales. Lesquelles ?

Sur un plan collectif, la mondialisation peut occasionner une importante solitude, un manque de confiance en l'avenir pouvant aller jusqu'à la dépression de masse, ou encore des formes de paranoïa, sous l'apparence du racisme par exemple, dans lequel l'autre apparaît comme radicalement différent et dangereux. De manière générale, il faut savoir que les problématiques auxquelles nous sommes actuellement soumis sont majoritairement des problématiques de masse. C'est également le cas du stress au travail, bien qu'il puisse être traité sur un plan individuel. Dans ce sens, il est réducteur d'aborder ces pathologies seulement sous un angle individuel, comme si l'individu était « hors contexte ».

Quels individus sont les plus à risque ?

Tous les individus sont à risque, dans la mesure où la mondialisation est globale ! En termes de santé mentale, les risques peuvent se situer aux deux extrémités : chez les plus pauvres et chez les plus riches. Certains sont exclus socialement pour leur pauvreté, leur non accès à la culture, leur difficulté à accéder à un emploi, à un logement. Mais d'autres le sont au contraire par une obligation d'excellence. Dans ce sens, l'individu peut être confronté à une exclusion « par le haut » comme « par le bas ». Actuellement, nous nous focalisons majoritairement sur la mauvaise précarité : celle qui brise la confiance en soi, en autrui, et en l'avenir, et qui plonge l'individu dans un désastre psychologique, somatique et financier. Toutefois, il existe en regard une saine précarité dont personne ne parle. Cette dernière constitue un lien, une interdépendance positive à l'autre. Dans ce sens, être (naturellement) précaire signifie : je ne peux pas vivre sans l'autre, je suis mort sans l'autre. N'oublions pas que l'être humain est avant tout un être social. Aujourd'hui, le néolibéralisme financier affecte justement cette bonne et saine précarité qui nous lie les uns aux autres. Et le basculement entre la bonne et la mauvaise précarité se fait au moment même où les individus perdent confiance dans les politiques, dans les autres et dans l'avenir. De ce fait, ils s'isolent.

Dans quels pays les effets psychosociaux de la mondialisation vous paraissent-ils les plus préoccupants ?

La mondialisation affecte tous les pays, qu'ils soient riches, pauvres, ou encore émergents, pour la principale raison que la mondialisation... mondialise les effets. Ceux-ci sont particulièrement préoccupants dans les pays d'Afrique dans lesquels la désorganisation de la famille brise les liens claniques, appauvrit les communautés et conduit les enfants et les adolescents à travailler et à vivre dans les rues des mégapoles africaines. La situation est également critique en Inde mais aussi en Chine, pays dans lequel le taux de suicides est l'un



des plus élevés au monde. Les pays qui bénéficient de structures collectives solides et qui résistent de ce fait un peu plus à l'atomisation de l'individu, se révèlent quant à eux – en théorie – un peu moins affectés.

Pourriez-vous illustrer la manière dont le manque de confiance en l'avenir social, économique et politique d'un individu vient affecter la qualité de ses liens humains ?

Je connais un homme qui souffrait considérablement du mode de management de son lieu de travail : il se plaignait régulièrement de douleurs à la tête, tandis que sur les traits de son visage se dessinait continuellement une grande souffrance. Un jour, à ma grande surprise, je le vois complètement transformé, heureux. Il était un autre homme. Spontanément, je l'interroge sur la raison de ce changement. Il me répond : « J'ai décidé de me fiche de mon travail et de m'occuper seulement de ma famille et de mes vacances ». Ce clivage entre le professionnel et le personnel constitue pour cet homme un mécanisme de survie, dont les conséquences peuvent pourtant lui être néfastes. Car en se coupant d'une souffrance professionnelle, cet individu se coupe également de ses camarades de travail, du travail lui-même, ainsi que du bel ouvrage qu'il devait assurer dans le cadre de son entreprise. Avec le temps, cet abandon du professionnel pourrait entraîner un surinvestissement au niveau de sa famille : cet homme risque d'être davantage irritable à la maison, d'attendre plus de la part de ses enfants, d'accueillir plus difficilement les remarques de sa femme... L'équilibre entre le personnel et le professionnel serait donc rompu, et la famille deviendrait un lieu de surinvestissement et de compensation. Cet exemple illustre parfaitement comment la perte de confiance d'un individu en son avenir professionnel vient affecter la qualité de ses liens aux autres. De manière générale, il est plus sain qu'un individu soit indigné et qu'il se révolte, plutôt que résigné.

Le Congrès des 5 continents que vous avez organisé sur le sujet a été une première mondiale. Quelle est son origine ?

Ce congrès est à l'initiative de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité, dont je suis le Directeur Scientifique. Son objectif ? Déterminer à quel point, dans une dimension collective, le contexte social peut faire l'objet de souffrances chez les individus. Initialement, dans les années 1990, nous nous sommes intéressés aux individus en marge et en situation financière précaire, tels que les sans-abris ou encore les chômeurs de longue durée. Nous avons progressivement élargi notre expertise aux individus à la situation financière satisfaisante, mais tout de même susceptibles de développer une souffrance au travail en rapport avec le management. Car quelle que soit la situation financière, nous retrouvons en effet une même fragilité du lien social entre les individus. Dans ce sens, la pauvreté nécessite d'être distinguée de la précarité. La pauvreté, c'est avoir peu. La précarité, c'est avoir peur de perdre les objets sociaux, tels que son argent, son



travail, son logement, sa famille, son statut... Cela ne signifie pas que les plus pauvres n'ont pas de problèmes. Dans ce contexte, cela signifie précisément que quel que soit leur statut dans la société, les individus sont susceptibles de souffrir d'un même manque. Puis, nous sommes allés encore plus loin et avons alors abordé un contexte global dans lequel sont rassemblés les cinq continents : le contexte de la mondialisation dans le cadre du néolibéralisme. Notre angle d'approche de la mondialisation est inédit, dans le sens où nous ne l'abordons pas uniquement par ses effets économiques (tels que l'enrichissement, la faillite, l'accroissement des inégalités), mais également et surtout par ses effets psychosociaux.

Ce congrès, qui réunissait 45 pays, s'est achevé par une [déclaration commune](#). Avez-vous eu des difficultés à établir un consensus ?

En effet, quelques désaccords ont émergé notamment pour la rédaction de la Déclaration de Lyon. Une partie des Américains jugeait cette déclaration trop violente, tandis qu'une autre l'estimait tout à fait convenable. Il est vrai que nous l'avons écrite dans un esprit latin, mais toujours en étroite collaboration avec les Anglo-saxons. De manière générale, nos collègues asiatiques approuvaient nos points de vue. Les divergences nous permettent alors d'affiner la communication de nos idées, dans l'espoir que celles-ci soient positivement entendues par les décideurs économiques et la communauté internationale. Nous prévoyions d'introduire la notion de « capital » humain, social ou encore psychologique. Ce jargon, propre à la pensée dominante, paraîtrait plus audible, moins persécutoire, et aurait ainsi plus de chance d'être positivement accueilli.

A l'issue de ce congrès, quelles actions concrètes proposez-vous ?

De multiples démarches destinées à cultiver les liens sociaux ont été envisagées. Prenons l'exemple des rénovations urbaines, ou encore des catastrophes naturelles, collectives. Dans ces contextes, les politiques relogent chacun des habitants de manière isolée, sans tenir compte des éventuelles relations qui les lient à leurs voisins. Or, cette approche réductrice peut faire l'objet de souffrances chez ces individus. En effet, le partage d'un même lieu de vie entraîne bien souvent l'apparition de liens sociaux et affectifs, qu'il est nécessaire de conserver. L'un de nos objectifs est alors d'humaniser ces relogements et de travailler, non pas uniquement avec l'individu ou la famille, mais également avec le groupe, dans l'espoir d'une meilleure résilience.

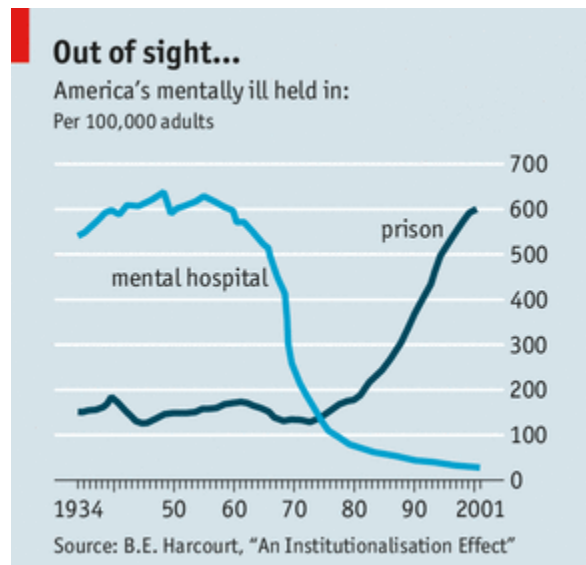




Locked in

The costly criminalisation of the mentally ill

SINCE 1994 Tracey Aldridge has been arrested 100 times, jailed 27 times for more than 1,000 days and spent a total of eight years in prison. Most of her arrests have been for trivia: trespassing, prostitution, drugs, disorderly conduct, petty theft or drinking in public, all typical of the mentally ill. Ms Aldridge is so impaired that one jail needed special arm coverings for her, like full-length oven gloves, to prevent her from ripping her veins out with her teeth. More recently, in prison, Ms Aldridge ate her protective gauntlets.



Thomas Dart, the sheriff of Cook County jail, knows Ms Aldridge will end up back in his cells soon because there is nowhere else for her to go. She is sentenced, like so many seriously mentally ill people in America, to rotate in and out of correctional facilities until she dies. Prisons and jails are the main mental-health facilities in the country, something Sheriff Dart describes as an "abomination". He is also angry about how fiscally reckless it is. At only 42, Ms Aldridge has already cost taxpayers \$719,436 for her arrests and incarcerations.

She is not alone. Depending on how you measure it, Sheriff Dart's jail is either the largest, or second-largest, mental-health institution in America. On any given day in Cook County jail one building is home to between 2,000 and 2,500 people with diagnosed mental illnesses. Each night's stay costs at least \$190. Costs escalate when medical care is included. The Lamp Community, a non-profit working for the mentally ill in Los Angeles, says the desperate cycle of emergency-room visits and stints in jail can exceed \$100,000 a year for each homeless person. Permanent supportive housing costs only \$16,000.

The history of this quiet disaster can be traced back to the 1960s, when John Kennedy decided to treat more of the mentally ill in the community and a new drug called thiorazine promised to help. Over the next decade, however, new centres did not arrive and thiorazine



was not as good as everyone hoped. Moreover, there was a rise in legal actions against state facilities.

Pete Earley, a journalist and author of a book on the American mental-health system, says that in one year in California 19,000 beds were cut. "There was no place for anyone to go, they were literally thrown on to the street," he says. Matters deteriorated in the 1980s, when large cuts were made to housing programmes. Funds for the mentally ill remain a soft target.

Indeed, these days it is very rare for people to be put in a mental-health institution unless they are a danger to themselves or others. Even when they are held in a hospital, they are unlikely to stay long enough for any course of drugs to stabilise them. If someone decides he wants to walk around naked, or cannot give his name to a police officer, the likelihood is that he will end up in jail. Sheriff Dart, whose job is only to keep people safe while they await trial, says they should be treated better. People should not be pushed out on the street on their release day with "a baggie of drugs". Instead, he is discharging them with videos to help them adjust and counselling about the different services they may be able to use.

He is most excited, though, about a small pot of funding he has found which might divert a few of the mentally ill away from his jail. New arrivals now have an interview, and evidence of any brain disorder is passed to the public defender (a lawyer for those who cannot afford one), who is then able to plead for an alternative to jail. With some philanthropic help from a local businessman, Sheriff Dart has managed to get about a dozen people into a secure former nursing home where he monitors them with an ankle bracelet.

Carla Clark thinks this works well. She is the mother of a young woman, Melissa, who had a psychotic breakdown and who looked certain to be heading into the criminal-justice system. Melissa's problems started when it appeared she was taking something without paying at Wholefoods Market; but when two security guards came after her and she thought they were attacking her, she fought back. This led to a felony charge for robbery.

Her mother believes Melissa needs to be somewhere secure, so much so that she refused to bail out her daughter from jail because she was not taking her tablets. But now Sheriff Dart has found the girl a place in a home, things are much better. Melissa is taking her pills, and there is even a bit of group therapy. "Asylum", says Mrs Clark, "means safe place. What is so bad with that?"





12/08/2013

Par [Camillo Zacchia](#)

Camillo Zacchia est psychologue et conseiller principal au Bureau d'éducation en santé mentale (BESM) de l'Institut Douglas.

Déséquilibre chimique



Si quelqu'un est déprimé après le décès d'un être cher, vous pourriez observer les changements qui surviennent dans son cerveau par imagerie cérébrale. Mais vous pourriez aussi, tout simplement, en voir les signes sur son visage.

À en croire les sociétés pharmaceutiques, beaucoup d'entre nous traversent la vie avec un déséquilibre chimique au cerveau. À ce compte-là, c'est étonnant que nous puissions fonctionner!

En vue de commercialiser les antidépresseurs, les fabricants décrivent souvent la dépression ou l'anxiété comme des déséquilibres chimiques qui peuvent être résorbés grâce à leurs merveilleux produits. Si seulement c'était aussi simple...

J'encourage souvent mes clients, et parfois avec insistance, à obtenir une ordonnance d'antidépresseurs. Ces médicaments ont changé la vie de bien des gens. Cependant, les réactions diffèrent d'une personne à une autre, et plusieurs passent des années à chercher le bon dosage, en vain. C'est parce que, d'une part, leurs symptômes ne sont pas causés par un déséquilibre chimique; et d'autre part, un médicament ne règle pas toujours ce qui ne va pas.

Certains sont plus vulnérables à la dépression ou à d'autres troubles psychologiques à cause de l'interaction entre leur biologie, leur éducation et ce qu'ils sont en train de vivre. Mais dire qu'ils souffrent d'un déséquilibre chimique n'est pas logique. Tout ce qui se passe dans le cerveau est soumis à des changements biochimiques. Les humeurs, les attitudes, l'estime de soi, et même le simple fait de se rappeler ce qu'on a mangé pour déjeuner sont des choses que le cerveau gère par des moyens chimiques.

Les facteurs biochimiques jouent un rôle dans bien des cas de dépression, mais le cerveau est aussi affecté par les événements courants et les expériences à long terme. Ainsi, les soucis financiers peuvent être un lourd fardeau pour certains et mener ces personnes à une humeur dépressive, même si le fonctionnement chimique de leur cerveau est tout à fait normal.



Comme l'humeur prend sa source dans le cerveau, et comme les événements influent sur l'humeur, cela signifie que les événements modifient la chimie du cerveau. Si j'étais déprimé après le décès d'un être cher, vous pourriez observer les changements dans mon cerveau par imagerie cérébrale. Mais vous pourriez aussi en voir les signes sur mon visage. Ça ne prend pas de l'équipement de haute technologie pour voir des larmes couler... Un bon traitement, pharmaceutique ou psychologique, peut néanmoins atténuer ces signes.

La médication est une option importante et valable, mais ce n'est pas parce que des déséquilibres chimiques sont à la source de la plupart des problèmes. Les événements de la vie, alliés à la façon dont nous les vivons en fonction de notre personnalité, influencent constamment notre humeur. En augmentant le taux de sérotonine dans notre cerveau, les médicaments peuvent atténuer les symptômes de dépression et d'anxiété, mais ils ne peuvent pas rééquilibrer complètement nos vies.

-30-



C I F P R

Centre interdisciplinaire de formation à la psychothérapie relationnelle

<http://www.cifpr.fr/+un-neurobiologiste-contre-la->

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=14&sqi=2&ved=0CIMBEBYwDQ&url=http%3A%2F%2Fwww.esprit.presse.fr%2Farchive%2Fpreview%2Frt_download.php%3Fcode%3D36379&ei=sSMWUuiaC-7k4AOU4IGQCA&usg=AFQjCNGWCWh_CRB4NMdIm7comul3hi3m_A

UN NEUROBIOLOGISTE CONTRE LA NEUROMYTHOLOGIE

par Fabien Galzin

Mis en ligne le 5 avril 2013

Neuromythologie moderne

"Les maladies mentales sont des maladies du cerveau". Voici ce qu'affirmait en 1865 Griesinger. Kraepelin en 1905 tenta, lui, de prouver que *"les troubles psychiatriques résultent exclusivement de causes biologiques et héréditaires"*. Aujourd'hui, la [psychiatrie](#) biologique concourt à ce que Christopher Lane et David Mc Dowell nomment la *"neuromythologie moderne"* (1). La [psychanalyse](#) est, non un discours sur l'homme mais un discours de l'homme. Elle se voit de fait concernée par ces nouvelles fables que



le [sujet](#) moderne se raconte, répète, déforme, amplifie, et dont il se nourrit, jusqu'au gavage, parfois.

Psychiatrie biologique

Dans un récent article, le neurobiologiste français François Gonon (2), analyse avec finesse le forçage qui opère dans le glissement entre psychiatrie et neurologie (cette dernière peut être autrement appelée "*psychiatrie biologique*") créant ainsi une neuromythologie galopante. Ce glissement n'est pas sans conséquences : une étude américaine de 2010 démontre que "*le grand public adhère de plus en plus à une conception exclusivement neurobiologique des troubles mentaux*" (3). Là aussi, cela a une incidence : les autorités de santé publique se réjouissent de la "non-stigmatisation" des patients. Mais cette réjouissance d'un État qui promet dans sa Constitution le droit au [bonheur](#) pour tous a son envers : les personnes qui sont les plus convaincues des origines neurologique et génétique sont les plus promptes au rejet vis-à-vis des malades, emportées par le pessimisme quant aux possibilités de guérison (4). De plus, le discours réductionniste ne sert qu'à évacuer les questions sociales et à laisser de côté les mesures de préventions des troubles mentaux les plus fréquents (5). François Gonon appelle à prendre en compte plusieurs approches, non mutuellement exclusives, pour appréhender les troubles mentaux : la neurobiologie, la psychologie (au sens le plus large), et la sociologie. Il plaide pour une démedicalisation de la souffrance psychique. Par ailleurs, il en appelle de ses vœux la poursuite d'une recherche qui doit respecter un équilibre entre sciences biologiques et sciences humaines. Enfin, il invite les chercheurs à la plus grande prudence et à la plus haute [éthique](#) de la communication scientifique, puisqu'ils "*sont aussi responsables que les journalistes de la qualité de l'information reçue par le grand public.*"

Idées reçues

L'article de François Gonon balaie avec précision et concision les idées reçues concernant les médicaments psychotropes (dont les effets sur le long terme sont souvent dommageables), les "*nouveaux*" diagnostics psychiatriques ([DSM](#)), les soi-disant "*découvertes*" récentes de la génétique (le pourcentage de cas expliqués par des anomalies génétiques concernant l'[autisme](#) ne serait que de... 5%), ou encore la façon dont les études scientifiques sont menées (imprécisions de vocabulaire, affirmations abusives, incohérences flagrantes entre résultats et conclusions...).

Environnement : fourre-tout

Par ailleurs, F. Gonon précise ce qu'il en est du fameux facteur "*environnement*", qui apparaît comme un vaste fourre-tout. Sur ce point d'ailleurs, la psychanalyse aurait



beaucoup à dire, puisque le premier environnement d'un être humain, c'est tout de même l'Autre. Ainsi, un article de synthèse nous apprend "que les études épigénétiques commencent à révéler les bases biologiques de ce qui était connu depuis bien longtemps par les cliniciens : les expériences précoces conditionnent la [santé mentale](#) des adultes" (6). Outre le fait qu'il ne serait pas aisé de s'entendre sur ce que pourrait être "la santé mentale", selon que l'on soit neurobiologiste, psychologue, sociologue, généticien, psychiatre ou... politicien. Pour la psychanalyse, la "santé mentale" est une poudre aux yeux, car il ne peut y avoir de norme en la matière.

Vaines promesses et de nouvelles voies sans issues

Quoiqu'il en soit, les leaders de la psychiatrie biologique reconnaissent que la recherche neurobiologique a pour l'instant peu apporté à la pratique psychiatrique, mais alimentent un espoir qui commence à être critiqué (7). F. Gonon nous rappelle que "[les psychothérapies](#) sont considérées comme efficaces aux États-Unis, y compris celles se référant à la psychanalyse"(8).

Alors que les opposants les plus farouches à la psychanalyse évoquent un éloquent "*retard français*" pour mieux distiller de vaines promesses et de nouvelles voies sans issues, François Gonon nous démontre avec brio que dans ce pays, des chercheurs sont à la pointe de la connaissance et de la réflexion critique, si ce n'est... éthique.

BBGR

(1) Christopher Lane, *Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions*, Ed. Flammarion, Paris, 2009.-

(2) François Gonon est neurobiologiste, directeur de recherche CNRS à l'institut des maladies neurodégénératives, Université de Bordeaux. Il a notamment écrit *La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ?* dans la revue *Esprit* de novembre 2011 (accessible sur internet :<http://esprit.presse.fr/archive/review/article.php?code=36379&folder=2>).

(3) B. A. Pescosolido, J. K. Martin, J. S. Long et al., "A Disease Like any Other ? A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression, and Alcohol Dependence", *American Journal of Psychiatry*, 2010, vol. 167, n°11, p. 1321-1330.

(4) S. P. Hinshaw et A. Stier, "Stigma as Related to Mental Disorders", *Annual Review of Clinical Psychology*, 2008, vol. 4, p. 367-393. B. A. Pescosolido, J. K. Martin, J. S. Long et al., "A Disease Like any Other' ?...", art. cité.

(5) . D. J. Luchins, "At Issue : Will the Term Brain Disease Reduce Stigma and Promote Parity for Mental Illnesses ?", *Schizophrenia Bulletin*, 2004, vol. 30, no4, p. 1043-1048. Id., "The Future of Mental Health Care and the Limits of the Behavioral Neurosciences", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2010, vol. 198, no6, p. 395-398.-



- (6) T. L. Bale, T. Z. Baram, A. S. Brown et al., “Early Life Programming...”, art. cité.
- (7) J. P. Evans, E. M. Meslin, T. M. Marteau et al., “Deflating the Genomic Bubble”, art. cité.
- (8) F. Leichsenring et S. Rabung, “Effectiveness of Long-Term Psychodynamic Psychotherapy : A Meta-Analysis”, *JAMA*, 2008, vol. 300, no13, p. 1551-1565. P. Knekt, O. Lindfors, M. A. Laaksonen et al., “Quasi-Experimental Study on the Effectiveness of Psychoanalysis, Long-Term and Short-Term Psychotherapy on Psychiatric Symptoms, Work Ability and Functional Capacity During a 5-Year Follow-up”, *Journal of Affective Disorders*, 2011, vol. 132, p. 37-47.-

-30-

Le Monde
diplomatique

<http://www.monde-diplomatique.fr/2012/12/CHOLLET/48504>

DES SOCIÉTÉS MALADES DE LA VITESSE

Sourde bataille pour le temps

La technologie devait apporter à l’humanité loisirs et liberté. Mais le rythme de la vie a suivi celui des machines, et chacun se sent accablé de contraintes asphyxiantes. Inégalement réparti, le temps constitue désormais une ressource rare et disputée. Pour comprendre les raisons de cette pénurie, un détour historique s’impose...

Par **Mona Chollet**, décembre 2012

Économiste et romancier, l’Espagnol Fernando Trías de Bes sait bien que les gens ont aussi peu de temps pour lire qu’il en a pour écrire. Il a donc publié il y a quelques années un récit qui a le bon goût d’être à la fois court et truffé d’abréviations (1). On y suit les tribulations d’un personnage ordinaire baptisé TC, pour « type commun ». Employé par une multinationale, TC y remplit une fonction décisive : il est chargé de dissimuler dans des armoires les factures des fournisseurs, afin que ceux-ci soient obligés de les renvoyer. Cette tâche prenante ainsi que le crédit contracté pour l’achat de l’appartement familial ne lui laissent guère le temps (T) de se consacrer à la passion secrète qui l’habite depuis l’enfance : l’étude des fourmis à tête rouge (Fourm à Tte Rge).



Ayant un jour calculé, à son grand désespoir, qu'il lui faudra encore trente-cinq ans pour rembourser sa dette et rejoindre enfin ses chères Fourm à Tte Rge, TC décide de démissionner et de faire fortune. Une idée géniale lui vient. Il va vendre ce que ses contemporains, comme lui, recherchent avec le plus d'ardeur : du T. Il commence par lancer sur le marché des flacons de cinq minutes, qui s'arrachent aussitôt. Il monte alors en gamme et propose des boîtes de deux heures... Son génie commercial entraînera des bouleversements sociaux et politiques qu'il était loin d'avoir prévus.

La fable de Trías de Bes a le mérite d'illustrer le mécanisme de la dette comme « *vol du temps* (2) » et, plus largement, l'état de « *famine temporelle* (3) » que connaissent les sociétés occidentales modernes. Se pourrait-il que celles-ci, aveuglées par le prestige que confère un rythme de vie frénétique, prisonnières d'une certaine conception de l'activité et du destin humains, sous-estiment le bien essentiel que représente le temps, au point de le dégrader sans vergogne ? Derrière ce que chacun perçoit le plus souvent comme une donnée naturelle, ou comme les aléas de son existence individuelle, il y a pourtant un « régime temps » qui ne doit rien au hasard, souligne le sociologue allemand Hartmut Rosa.

Il distingue dans la période récente trois formes d'accélération qui se combinent : accélération technique (Internet, les trains à grande vitesse, le four à micro-ondes) ; accélération sociale (on change davantage d'emploi et de conjoint au cours d'une vie, on remplace plus souvent les objets) ; et accélération du rythme de vie (on dort moins, on parle plus vite, on échange moins avec ses proches, on repasse tout en téléphonant et en regardant la télévision). Certes, en bonne logique, l'accélération technique devrait assurer à tous un quotidien paisible et nonchalant ; sauf que, si elle réduit bien la durée des processus, elle en multiplie aussi le nombre. Il est plus rapide d'écrire un message électronique qu'une lettre, mais on écrit beaucoup plus de messages électroniques qu'on n'écrivait de lettres ; la voiture permet d'aller plus vite, mais, comme elle suscite aussi un accroissement des déplacements, elle ne diminue pas le temps consacré au transport... L'explosion du nombre des sollicitations et des possibilités — consommation, industrie des loisirs, Internet, télévision... — oblige aussi à des arbitrages permanents et très chronophages.

L'horloge, « moulin du diable »

Selon Rosa, le phénomène historique de l'accélération fut au départ porté par des sociétés occidentales, qui l'appelaient de leurs vœux, y voyant une promesse de progrès et d'autonomie. Mais, désormais, il court-circuite les institutions et les cadres politiques grâce auxquels il a pu se déployer. Il devient une « *force totalitaire*



interne à la société moderne», dans le sens d'un principe abstrait et omniprésent auquel nul ne peut échapper. Dans son quotidien, l'individu a l'impression de ne faire qu'«*éteindre le feu*», sans jamais pouvoir prendre du recul sur sa propre vie ; et, au niveau collectif, les communautés politiques perdent la maîtrise de leur destin. Paradoxalement, cette course folle s'accompagne alors d'un sentiment d'inertie et de fatalisme.

Si les milieux progressistes n'identifient pas toujours clairement le temps comme l'enjeu d'une bataille stratégique, on peut néanmoins constater qu'il est devenu une ressource très disputée, et très inégalement répartie. En France, les lois Aubry sur la réduction du temps de travail, en 1998 et 2000, ont offert des congés supplémentaires aux cadres, mais ont déstructuré les rythmes des salariés peu qualifiés, qui se sont vu imposer une flexibilité accrue. Les agences de « services à la personne », dont l'une s'appelle, tout simplement, Du Temps pour moi, permettent aux classes aisées de se décharger du ménage ou de la garde des enfants en fournissant à une main-d'œuvre le plus souvent féminine, pauvre et /ou immigrée des emplois aussi ingrats que mal payés (4). Le temps de ces « petites mains » est traité avec un mépris souverain, de même que celui des bénéficiaires de prestations sociales, condamnés à faire la queue au guichet (5) : «*Revenez demain.*» Même inégalité dans le « droit à la déconnexion » : «*Comme c'est lui le chef, le responsable de l'entretien des bâtiments s'autorise à débrancher son téléphone quand ça l'arrange, témoigne un salarié. Par contre, les gens qui sont sous ses ordres, les ouvriers, se font engueuler lorsqu'ils éteignent leur appareil* (6).»

Les femmes dans leur ensemble sont soumises à une pression particulière. En juillet 2012, le mouvement féministe belge Vie féminine a consacré à ce problème sa semaine d'étude annuelle. Sous le titre « Reprenons du pouvoir sur le temps! » (www.viefeminine.be), la note d'intention remarquait que, en plus d'assumer l'essentiel des tâches domestiques, elles jouent le rôle d'«*amortisseurs temporels*», à la fois dans l'entreprise, où elles travaillent souvent à temps partiel (lire «*Contes et mécomptes de l'emploi des femmes*»), et dans la sphère privée, où elles portent la «*charge mentale de l'organisation des différents temps de vie de la famille*». Elles sont également victimes «*des mentalités toujours sexistes qui associent féminité et dévouement aux autres*». Une infirmière confie en écho : «*J'ai toujours l'impression quand je fais quelque chose pour moi d'avoir délaissé quelqu'un* (7).»

Si, au cours des dernières décennies, le travail s'est intensifié et tend, pour certaines catégories de salariés, à envahir la sphère personnelle, sa durée officielle n'a cessé de



baisser depuis le début de l'époque moderne. Les sujets ont donc plus de temps libre, mais ils n'en sont pas moins emportés par le rythme infernal de la vie collective (8). En outre, signale Rosa, ils consacrent souvent leurs loisirs à des activités de peu de valeur à leurs propres yeux, comme regarder la télévision : ils souffrent d'une sorte d'inhibition à faire ce qu'ils ont réellement envie de faire.

Rien d'étonnant à cela. Car le problème du temps n'est pas seulement quantitatif — on en manque toujours —, mais aussi qualitatif : on ne sait plus l'habiter, l'appriivoiser. La conception que l'on s'en fait a été forgée par l'éthique capitaliste, à l'origine d'inspiration protestante, mais largement sécularisée (9) : il est une ressource abstraite qu'il s'agit de « *mettre à profit de manière aussi intensive que possible* (10) ». L'historien britannique Edward Palmer Thompson a relaté la révolte des premières générations d'ouvriers lorsqu'elles se virent imposer un temps de travail défini par l'horloge, la sirène ou la pointeuse, et non plus par la tâche à accomplir (11). Avec cette régularité se perd l'habitude spontanée d'alterner les périodes de labeur intense et les périodes d'oisiveté, que Thompson considère comme le rythme « *naturel* » de l'être humain.

C'est le strict découpage du temps qui règle la discipline, à l'usine mais aussi à l'école, institution qui vise à dompter de façon précoce la future main-d'œuvre : en 1775, à Manchester, le révérend J. Clayton s'inquiète de voir les rues infestées d'« *enfants inoccupés en haillons, qui non seulement perdent leur temps, mais prennent en outre l'habitude de jouer* ». La dimension répressive de l'entreprise apparaît clairement lorsque le théologien puritain Richard Baxter suggère à chacun, avant la généralisation des montres à gousset, de se régler « *sur son horloge morale intérieure* ». Plus récemment, en 2005, en Allemagne, le ministre chrétien-démocrate de la justice du Land de Hesse avait suggéré de « *garder un œil sur les chômeurs* » au moyen de « *menottes électroniques* », afin de leur réapprendre à « *vivre à des heures normales* » (12)...

La logique de rentabilité et de compétitivité, propre à l'activité économique (« la concurrence ne dort jamais »), s'étend à tous les domaines de la vie. Le temps libre, d'autant plus précieux qu'il a été gagné, doit lui aussi être géré efficacement ; mais cette réticence à courir le risque de le dilapider a de lourdes conséquences. Il en résulte un handicap qui, pour le coup, est également partagé du haut en bas de l'échelle sociale : « *Pas plus que l'exploiteur, l'exploité n'a guère la chance de se vouer sans réserve aux délices de la paresse* », écrit Raoul Vaneigem. Or, « *sous l'apparente langueur du songe s'éveille une conscience que le martèlement quotidien du travail exclut de sa réalité rentable* » (13). Rosa ne dit pas autre chose :



selon lui, si l'on veut reprendre la main sur le cours de l'histoire individuelle et collective, il faut avant tout se dégager des «*ressources temporelles considérables*» pour le jeu, l'oisiveté, et réapprendre à «mal» passer le temps.

Ce qui est en cause, ajoute-t-il, c'est la possibilité de «*s'approprier le monde*», faute de quoi celui-ci devient «*silencieux, froid, indifférent et même hostile*»; il parle d'un «*désastre de la résonance dans la modernité tardive*». La chercheuse Alice Médigue, elle aussi, identifie un «*phénomène de désappropriation*» qui maintient le sujet contemporain dans un état d'étrangeté au monde et à sa propre existence (14). Avant le règne de l'horloge — que les paysans kabyles des années 1950, rapporte Pierre Bourdieu, appelaient «*le moulin du diable*» —, les manières de mesurer le temps reliaient d'ailleurs naturellement les êtres humains à leur corps et à leur environnement concret. Les moines birmans, raconte Thompson, se levaient à l'heure où «*il y a assez de lumière pour voir les veines de la main*»; à Madagascar, un instant se comptait à l'aune de la «*friture d'une sauterelle*»...

Parce qu'elle plonge ses racines très profondément dans l'histoire de la modernité, la crise du temps ne se satisfera pas de solutions superficielles. D'où la prudence avec laquelle il faut considérer des initiatives comme le mouvement européen *slow* — «lent»: *Slow Food* pour la gastronomie (15), *Slow Media* pour le journalisme, *Cittaslow* pour l'urbanisme... Aux États-Unis, le penseur Stewart Brand supervise dans le désert du Texas la construction d'une «*Horloge du Long Maintenant*» censée fonctionner pendant dix mille ans et redonner ainsi à l'humanité le sens du long terme. Le projet perd toutefois de sa poésie lorsqu'on sait qu'il est financé par M. Jeff Bezos, le fondateur d'Amazon : on doute que ses employés, obligés de cavalier toute la journée dans des entrepôts surchauffés, y puisent un grand réconfort existentiel...

Mona Chollet

- 1) Fernando Triás de Bes, *Le Vendeur de temps*, Hugo & Cie, Paris, 2006.
- 2) Lire Maurizio Lazzarato, «*La dette ou le vol du temps*», *Le Monde diplomatique*, février 2012.
- 3) Hartmut Rosa, *Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive*, La Découverte, coll. «*Théorie critique*», Paris, 2012.
- 4) Lire le dossier «*Mirage des services à la personne*», *Le Monde diplomatique*, septembre 2011.
- 5) Alice Médigue, *Temps de vivre, lien social et vie locale. Des alternatives pour une société à taille humaine*, Yves Michel, coll. «*Société civile*», Gap, 2012.



- 6) Cité par Francis Jauréguiberry, *Les Branchés du portable. Sociologie des usages*, Presses universitaires de France, coll. « Sociologie d'aujourd'hui », Paris, 2003.
- 7) Cité par Paul Bouffartigue, *Temps de travail et temps de vie. Les nouveaux visages de la disponibilité temporelle*, Presses universitaires de France, coll. « Le travail humain », 2012.
- 8) Lire Serge Halimi, « **“On n’a plus le temps...”** », *Le Monde diplomatique*, octobre 2012.
- 9) Lire « **Aux sources morales de l’austérité** », *Le Monde diplomatique*, mars 2012.
- 10) Hartmut Rosa, *Accélération. Une critique sociale du temps*, La Découverte, Paris, 2010.
- 11) Edward P. Thompson, *Temps, discipline du travail et capitalisme industriel*, La Fabrique, Paris, 2004 [1e éd. : 1993].
- 12) *Le Canard enchaîné*, Paris, 4 mai 2005.
- 13) Raoul Vaneigem, *Eloge de la paresse affinée*, Editions turbulentes, 2005.
- 14) Alice Médigue, *Temps de vivre, lien social et vie locale, op. cit.*
- 15) Lire Carlo Petrini, « **Militants de la gastronomie** », *Le Monde diplomatique*, août 2006.

-30-
