



*Regroupement
des ressources alternatives
en santé mentale
du Québec*



Revue de presse critique en santé mentale Décembre 2015

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

Cette revue de presse critique est divisée en trois sections :

- 1. Psychiatrie et médication**
- 2. Jeunes et santé mentale**
- 3. Vision et pratiques alternatives**

Les articles ont été colligés par Robert Théoret.

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

Table des matières

Santé mentale : un défi sociétal et mondial	3
Médicalisation de la détresse psychologique : surdiagnostic et corruption du savoir médical	8
Schizophrénie: des médicaments qui augmentent l'agressivité	11
Études sur les antidépresseurs : liens douteux (encore)	12
Schizophrénie : la psychothérapie aide à la gestion des symptômes et à la réduction des médicaments	13
Un lien génétique entre maladies mentales et créativité	18
La psychiatrie dans son rôle de contrôle social	19
Dépression: de nouveaux suspects au banc des accusés	20
Souffrez-vous de «solastalgia»?	23
Hyperactif ou post-moderne ?.....	27
La non-conformité et la libre-pensée: considérées comme maladies mentales.....	28
Le DSM-5, une maladie de société	31
Santé mentale: moins d'empathie avec une explication biologique plutôt que psychologique	33
Prescription de médicaments psychotropes: un effet de mode ?	34
Une dépression sur deux n'est pas traitée correctement	36
Le TDAH ou la psychiatrisation des problèmes sociaux, pédagogiques et éducatifs	37
Ritalin: la consommation atteint des records au Québec	38
Mauvais étiquetage, vrais naufrages	40
Le TDAH, une maladie biologique?	43
Cet enfant TDAH qui n'en était pas un.....	47
De plus en plus de jeunes se présentent à l'hôpital pour des troubles mentaux	49
Porter son attention sur le TDAH : Prévalence de l'usage et de la consommation de médicaments	50
Le secret du bonheur danois	58
L'INESSS recommande que la psychothérapie soit couverte par l'assurance-maladie	61
Éloge de l'équilibre	62
Investir dans les soins de l'âme	65
Le chant, source de joie bénéfique pour la santé	66
Réduire les risques de schizophrénie à l'aide des oméga-3.....	67
Les interventions dites comportementales s'avèreraient efficaces pour le TDAH	69

SECTION 1 - Psychiatrie et médication

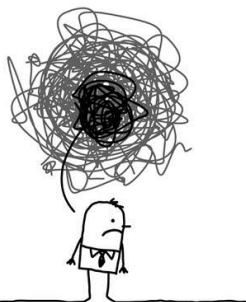
<http://www.acfas.ca/publications/decouvrir/2013/05/sante-mentale-defi-societal-mondial>



Santé mentale : un défi sociétal et mondial

[81^e Congrès de l'Acfas, colloque 112 - [Recherche de biomarqueurs et de biothérapeutiques en santé mentale](#)] [Mai 2013](#) | Numéro Spécial - 81e Congrès - Morgane Lemasson, Université Laval

En 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait déjà qu'une personne sur quatre allait être touchée par un trouble psychiatrique ou neurologique au cours de sa vie.



Source : iStock

Aujourd'hui, plus question de fermer les yeux. Les maladies mentales connaissent une croissance fulgurante et nous affectent aveuglément sans égard au sexe, à la culture, au revenu ou à la région du monde! En 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait déjà qu'une personne sur quatre allait être touchée par un trouble psychiatrique ou neurologique au cours de sa vie. Un chiffre plus qu'inquiétant, et qu'il serait périlleux d'ignorer face au fardeau psycho-socio-économique des maladies neuropsychiatriques à l'échelle planétaire.

À qui la faute? Il y a de très nombreuses causes, on s'en doute, mais, parmi celles-ci, l'efficacité de l'intervention thérapeutique est particulièrement pointée du doigt. Comment en serait-il autrement alors que nos connaissances sur les origines de ces pathologies sont encore nébuleuses et que les centres de recherche pharmaceutique, en charge jusqu'à présent de la conception des médicaments en psychiatrie, ferment massivement?

Même si la mission des laboratoires universitaires est pressante et s'alourdit, de nouvelles issues prometteuses voient le jour. Un dépistage précoce des maladies mentales, des thérapies pharmacologiques personnalisées et de nouvelles approches alternatives aux médicaments, voilà trois importantes pistes de solutions envisagées en recherche fondamentale.

Un constat alarmant

Il est difficile de se faire une idée précise de l'impact global des maladies mentales. Les données statistiques disponibles sont un véritable casse-tête, et elles sont limitées et incomplètes. Cependant, au vu des rapports

existants, la prévalence des troubles neuropsychiatriques connaît une telle ampleur que la santé mentale est maintenant reconnue comme une priorité internationale par l'Organisation des Nations Unies (ONU).

En 2001¹, l'OMS évaluait à près de 450 millions le nombre de personnes souffrant de maladies mentales dans le monde. La schizophrénie et le trouble bipolaire affecteraient 16 millions de personnes dans les pays du G7 et 10 autres millions seraient touchés par une dépression majeure récurrente. « À elles seules, ces trois pathologies, les plus sévères en psychiatrie, affectent 26 millions d'individus. Pour donner un ordre d'idée, cette prévalence équivaut à plus de 75 % de la population du Canada! », s'indigne le Dr Michel Maziade, médecin-psychiatre et directeur scientifique de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ). Une situation préoccupante qui malheureusement ne cesse de se dégrader. « Selon les prévisions de l'OMS, ces chiffres croîtront encore de façon démesurée dans les prochaines décennies », renchérit Simon Racine, directeur général de l'IUSMQ. La santé mentale, qui représente déjà 13 % de la charge de morbidité planétaire, atteindra les 15 % dans une dizaine d'années, prédit-on². L'expansion de ces pathologies n'épargne pas le Québec, qui devrait compter près de 1,8 million de patients en 2031³. Des statistiques peu réjouissantes, et dont les conséquences sont à la fois individuelles et sociétales.

En altérant la cognition, les émotions et les comportements, les maladies mentales amenuisent les aptitudes sociales, relationnelles, professionnelles et économiques de l'individu. « Les problèmes d'adaptation qu'ont les personnes en proie à des pathologies neuropsychiatriques se traduisent par des difficultés dans chaque sphère de la vie courante », commente Simon Racine. Explosion de la cellule familiale, cessation des études, perte d'emploi et difficultés d'insertion sociale ne sont que quelques exemples des obstacles que doivent surmonter les patients. Une souffrance au long cours qui aboutit souvent à la précarité, à l'exclusion, à des conduites à risque, ou pire, à une solution plus radicale. Chaque année, dans le monde, c'est un million d'humains qui mettent fin à leurs jours⁴. Impossible, dites-vous? Pourtant les spécialistes sont formels : le nombre de suicides par an était déjà supérieur à l'ensemble des morts attribuables aux guerres et aux homicides confondus en 2002⁵.

«La santé mentale, qui représente déjà 13 % de la charge de morbidité planétaire, atteindra les 15 % dans une dizaine d'années.»

Les effets en chaîne des problématiques de santé mentale ne s'arrêtent pas là. Au-delà des répercussions émotionnelles, les conséquences économiques de ces pathologies sont colossales, car vastes, multiples et durables. En première ligne figurent les coûts alloués aux soins (traitements, visites médicales, comorbidité, hospitalisations, etc.). À ces frais s'ajoutent des dépenses indirectes de grande portée liées aux besoins sociaux, à l'impact sur les familles, à la criminalité, à la sécurité publique, à la perte d'emploi, à l'absentéisme ou à la baisse de productivité. Par exemple, la santé mentale trône en première place des causes d'absentéisme au travail dans le monde.

L'OMS prévoit d'ailleurs que la dépression sera la première cause mondiale d'invalidité d'ici 2020⁶. De plus, parce qu'elles sont de longue durée, les maladies mentales sont particulièrement onéreuses. Étant donné l'apparition précoce de ces troubles, soit entre 16 et 24 ans, leurs répercussions négatives se font sentir pendant près de 50 ans. « Contrairement à une pathologie très agressive, comme le cancer, ou à une autre qu'on soigne, comme l'hypertension artérielle, les désordres neuropsychiatriques ne sont pas mortels – sauf en cas de suicide – et ne guérissent jamais totalement. C'est pourquoi la charge financière qu'ils impliquent est si élevée », précise Rémi Quirion, scientifique en chef du Québec. En bref, le budget annuel alloué à la santé

mentale a été estimé à 51 milliards de dollars pour le Canada en 2008 contre 570 milliards pour les États-Unis^{7,8}.

Compte tenu de l'ampleur de la situation et de la conscientisation des gouvernements actuels, pourquoi n'arrive-t-on pas à trouver des solutions?

Une « bête » à mille têtes

Les troubles mentaux sont une vaste collection de pathologies aux symptômes extrêmement variés. On dénombre près de 1000 maladies neuropsychiatriques, toutes composées d'une variation de nombreux dysfonctionnements cérébraux différents. De plus, si plusieurs de ces maladies partagent des symptômes communs, deux patients souffrant d'une même pathologie peuvent aussi présenter des atteintes distinctes. « L'hétérogénéité de ces syndromes rend les études fondamentales et cliniques difficiles à comparer et cela diminue d'autant la portée des résultats. Il en ressort que depuis 40 ans, et ce, malgré les excellents travaux publiés dans les meilleures revues et les progrès indéniables, on ne connaît toujours pas l'étiologie précise des maladies mentales », constate Michel Maziade.

Voilà qui illustre bien toute la complexité des approches diagnostiques et des thérapies médicamenteuses.

«Trouver un traitement adéquat pour chaque malade est un travail de longue haleine.»

Fondés sur la symptomatologie des troubles mentaux, les traitements médicamenteux disponibles aujourd'hui soulèvent de sérieuses questions quant à leur réel bénéfice thérapeutique. Certains traitements pharmacologiques (antidépresseurs, anxiolytiques et thymorégulateurs), en usage depuis 1952, ont largement amélioré la condition de vie des patients et profondément transformé l'approche thérapeutique en psychiatrie.

Pourtant, après près de 60 ans d'utilisation, plusieurs constats d'échecs apparaissent maintenant évidents. Leur efficacité est tardive (après quatre semaines), partielle, et elle diffère selon le type de médicaments et, considérablement, d'un individu à un autre. Difficile alors de déterminer à l'avance le médicament qui convient à une pathologie et à un patient particuliers! Pire encore, ils induisent, la plupart du temps, divers effets secondaires, voire des changements d'humeur ou, dans une moindre mesure, des pensées suicidaires. « Contrairement à beaucoup d'autres spécialités médicales, aucun biomarqueur (indicateur de processus physiologique ou pathologique, ou de l'action de médicaments) ni outil de dépistage n'existent en santé mentale pour guider les psychiatres », ajoute Rémi Quirion. Les diagnostics et les prescriptions reposent donc uniquement sur les symptômes cliniques, le principe d'essai/erreur et le tâtonnement du cas par cas. Trouver un traitement adéquat pour chaque malade est un travail de longue haleine. Beaucoup d'efforts mis en œuvre pour un résultat incertain!

Un système de recherche en mutation

Renforcer la recherche en santé mentale est donc impératif pour que de nouvelles thérapies mieux ciblées et libres d'effets secondaires voient le jour. Seulement, le contexte de crises qui sévit dans le secteur pharmaceutique apporte un degré de complexité supplémentaire.

Jadis, la recherche et le développement des médicaments neuropsychiatriques étaient l'apanage de l'industrie pharmaceutique. Mais depuis quelques années, ce secteur est en pleine mutation. « En raison des échéances imminentes de certains brevets, du déclin drastique de la productivité, d'une pression grandissante pour

réduire les coûts de production et du rapport disproportionné entre la prise de risques et les bénéfices, la recherche fondamentale dans le secteur pharmaceutique a décliné depuis 20 ans », raconte Michel Maziade. Les compagnies pharmaceutiques se concentrent désormais sur la production de composés déjà existants au détriment du développement de nouvelles générations de molécules thérapeutiques. L'industrie en difficulté passe donc le flambeau à l'université ! « Autrement dit, un nouveau modèle, axé sur la collaboration et l'externalisation de la recherche, se met en place : les laboratoires de recherche universitaires et les petites entreprises de biotechnologie seraient responsables de l'identification de molécules aux propriétés thérapeutiques tandis que le secteur pharmaceutique interviendrait aux stades préclinique et clinique », ajoute Rémi Quirion.

Loin d'être de mauvais augure, cette nouvelle politique offre au contraire des espoirs. « Le cerveau est un organe difficile à évaluer "vivant" et qui requiert la considération conjointe des composantes cognitive, physique et émotive. Pour appréhender les maladies mentales, nous avons donc impérativement besoin d'une recherche multidisciplinaire » explique Jean Martin Beaulieu, directeur de recherche à l'IUSMQ. Le milieu universitaire, qui propose des méthodologies et des technologies innovantes, et qui relie plusieurs domaines d'expertise (biologie, médecine, physique, informatique), semble proposer une stratégie prometteuse en santé mentale. Impliqué déjà depuis des décennies dans la recherche en ce domaine, il est un secteur de choix pour relever le défi.

Une stratégie à tiroirs multiples

Pour mieux comprendre les pistes de recherche thérapeutiques proposées par les chercheurs en santé mentale, revenons sur notre compréhension de ces pathologies et des médicaments associés.

Il est désormais établi que les troubles mentaux seraient causés par de multiples facteurs tant génétiques, physiques, psychologiques qu'environnementaux. Le modèle actuel postule que ces facteurs produiraient un déséquilibre neurobiologique, y compris principalement des changements du niveau de certains messagers chimiques cérébraux, les monoamines (dopamine, sérotonine, noradrénaline). Le déséquilibre neurochimique des monoamines serait responsable de l'émergence des maladies mentales. En ciblant les grands systèmes monoaminergiques, les traitements médicamenteux (antidépresseurs, anxiolytiques et thymorégulateurs) développés depuis 1952 permettent de pallier du moins en partie ce déséquilibre neurochimique. Comment explique-t-on alors les problèmes d'efficacité et de tolérance liés à ces médicaments? Il semble que si ces composés activent au sein des neurones des mécanismes biologiques responsables d'effets thérapeutiques, ils en génèrent de nombreux autres, encore inconnus, aux impacts négatifs (effets délétères).

Associer à chaque symptôme un mécanisme précis, voilà donc une des stratégies envisagées par les chercheurs pour améliorer les performances des médicaments pharmacologiques courants. « Des efforts sont faits, en ce moment, pour mieux comprendre l'ensemble de ces processus dits intracellulaires (au sein des cellules) afin de différencier les mécanismes d'action associés aux effets thérapeutiques et ceux responsables des effets secondaires », précise Jean Martin Beaulieu.

Une fois ce puzzle reconstitué, le rapport efficacité/tolérance des médicaments prescrits sera maximisé. Un autre pendant de la recherche devrait mener à l'identification de nouvelles cibles thérapeutiques, différentes de celles des médicaments d'aujourd'hui, telles que les systèmes monoaminergiques. « Depuis une dizaine d'années, on se penche sur des molécules, dont la kétamine – initialement utilisée comme anesthésiant –, qui aurait un effet antidépresseur plus rapide », précise Jean Martin Beaulieu.

Hors de la pilule, un salut

Si de nos jours l'administration de médicaments reste la première forme d'intervention, des voies non pharmacologiques sont explorées. Et, dans ce domaine, les possibilités semblent nombreuses.

Nous connaissons d'ores et déjà les thérapies psychosociales et cognitives, qui donnent de bons résultats en conjonction avec les médicaments. Au-delà de ces interventions psychocognitives se développent d'autres méthodes impliquant une manipulation directe du cerveau, dont certaines sont en cours de validation. « Plusieurs avancées ont été accomplies pour ce qui concerne l'implantation d'électrodes dans le cerveau pour stimuler certaines régions précises. D'autres méthodes moins invasives, dont la stimulation électrique et magnétique transcrânienne, ont déjà été approuvées pour soigner les dépressifs qui ne répondent pas aux médicaments », signale Jean Martin Beaulieu. Parallèlement, les études évaluant l'impact des méthodes dites « naturelles » sur les maladies mentales se multiplient. Exercice physique, yoga et méditation auraient un pouvoir antidépressif.

«Exercice physique, yoga et méditation auraient un pouvoir antidépressif.»

L'ensemble de ces approches visent à atténuer les conséquences et non à soigner les causes primaires des maladies mentales, pensez-vous? Effectivement, et c'est pourquoi d'autres types d'études cherchent à agir directement sur les origines des désordres psychiatriques. « Certaines recherches sont plutôt basées sur l'étiopathologie des maladies mentales afin d'intervenir avant le déclenchement de la maladie ou à ses stades les plus précoces, soit au moment de la grossesse, de l'enfance et de l'adolescence », clarifie Michel Maziade. Une voie qui semble particulièrement prometteuse est l'identification de biomarqueurs prédictifs et pronostiques. Les premiers sont présents dans l'organisme avant l'apparition des pathologies, alors que les seconds favorisent le suivi de leur évolution clinique et de la réponse aux traitements, optimisant ainsi l'index thérapeutique. « Toutes les personnes déprimées ne présentent pas des atteintes identiques. Lorsque l'on pourra différencier les sous-types de dépression ou de toute autre pathologie psychiatrique, on sera en mesure de proposer des approches thérapeutiques plus spécifiques. Cela reste très difficile, mais des progrès considérables sont réalisés pour tendre vers une médecine prédictive et personnalisée », affirme Rémi Quirion. Comme nous l'explique Michel Maziade : « Il existe déjà plusieurs marqueurs candidats prometteurs (génétiques, moléculaires, cellulaires, comportementaux). » La notion de biomarqueur doit être prise au sens large : tests psychologiques, molécules présentes dans le sang, dans les liquides corporels ou les tissus des patients.

Favoriser un meilleur lien entre le diagnostic et le traitement, améliorer le rapport efficacité/tolérance des psychotropes traditionnels et imaginer de nouvelles approches thérapeutiques complémentaires sont autant d'enjeux déjà abordés en recherche universitaire fondamentale! Voilà un bel espoir de diminuer les problématiques de santé mentale onéreuses économiquement et émotionnellement.

Sources :

1. Rapport de l'Organisation mondiale de la santé, 2001
2. Message du Ministère de la Santé, 2011
3. Planification stratégique de l'Institut de santé mentale de Québec, ISQ, 2011
4. A. FLEISCHMANN et J.M. BERTOLOTE, « *Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective* », *World Psychiatry*, vol. 1, n° 3, octobre 2002, p. 181-185.
5. OMS, Incidence mondiale, rapport de 2002, chapitre 2.

6. *Énoncé de vision du système de santé et des services sociaux des années 2020*, Rapport de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2012.
7. *The Global Business and Economic Roundtable for Addiction and Mental Health report*, 2011.
8. « A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada », *Chronic diseases in Canada*, 2008.

Présentation de l'auteure

Morgane Lemasson est détentrice d'un doctorat de neurosciences de l'Université de Paris VI. En 2005, elle se joint au laboratoire du Dr Armen Saghatelyan à l'[Institut universitaire en santé mentale de Québec](#) afin d'y effectuer un premier post-doctorat sur les mécanismes de migration neuronale chez l'adulte. Travaillant présentement au laboratoire du Dr Martin Beaulieu, Morgane Lemasson réalise une étude sur les maladies mentales et l'effet des antidépresseurs sur le cerveau. Plusieurs articles sont actuellement en cours de publication. Si cette jeune scientifique aborde depuis près de 15 ans les sciences à travers la recherche fondamentale en neurosciences (science du cerveau), informer le grand public des avancées de la recherche en santé, principalement en santé mentale, a très rapidement été un élément majeur pour elle. Morgane Lemasson est communicatrice scientifique au sens large du terme. Chroniqueuse radio à Futur Simple (CKRL 89.1), journaliste pigiste et conférencière dans les écoles et les universités, elle est également responsable, avec Martin Beaulieu, du colloque en santé mentale (colloque 112 - [Recherche de biomarqueurs et biothérapeutiques en santé mentale](#)) qui se déroulera le 8-9 mai 2013 dans le cadre du 81^e congrès de l'Acfas.

Médicalisation de la détresse psychologique : surdiagnostic et corruption du savoir médical

Jean-Claude St-Onge, Ph.D. Socioéconomie et auteur de : *L'envers de la pilule* (Écosociété, 2008) *Tous fous ?* (Écosociété, 2013), *TDAH* (Écosociété 2015)
http://www.tambour1856.com/cariboost_files/jcso2015.pdf
Texte de l'intervention présenté dans le cadre d'une table ronde organisée par T.A.M.B.O.U.R. le 9 mai 2015.

Depuis une trentaine d'années nous assistons à une déferlante de diagnostics de « trouble mental » et de prescriptions de psychotropes :

- Au Québec, 16% des garçons du secondaire ont reçu un diagnostic de TDAH confirmé par un médecin (Institut de la statistique), et la consommation de psychostimulants a quasiment quadruplé en une décennie ;
- plus de 10 millions de Canadiens souffriraient d'un trouble du cerveau ;
- en 26 ans les revenus des antidépresseurs et des antipsychotiques ont augmenté de 4800% aux États-Unis, et plus de 4 jeunes sur 5 recevront un diagnostic de « trouble mental » avant l'âge de 21 ans (France) ;
- depuis 1952, le nombre de diagnostics inscrits au DSM a été multiplié par 4 passant de 106 à environ 400.

Au vu de ces quelques données, la question se pose : sommes-nous tous fous, ou est-ce le rêve d'un ancien PDG de Merck, Henry Gadsden, qui est en voie de se réaliser ? En 1976, il confiait au magazine Fortune qu'il rêvait de « vendre aux malades comme aux bien portants » (Moynihan, Cassels). Mission accomplie.

Le concept de « surdiagnostic » a commencé à s'enraciner suite à la publication d'un ouvrage marquant par trois médecins américains: Le surdiagnostic : Rendre les gens malades par la poursuite de la santé (Gilbert Welch et al. , 2011, traduction Fernand Turcotte). Ce concept recoupe celui de « contre-productivité » développé par Ivan Illich il y a 40 ans : les grandes institutions sont arrivées à un point de leur développement où elles deviennent contre-productives. C'est ainsi que la médecine a fini par nuire à la santé. Aux États-Unis, en 2014, le projet Choosing Wisely faisait suite au constat dressé par Welch en identifiant plus de 300 tests et traitements non médicalement requis, susceptibles de nuire à la santé, tels que les scans pour le mal de dos ordinaire en l'absence de symptômes neurologiques. On estime que 2% des cancers sont causés par les tests de tomodensitométrie pouvant émettre jusqu'à 1100 fois plus de radiations qu'un rayon-x ordinaire.

Après évaluation de 5639 patients presque tous sous médication, plus de trois sur cinq ne remplissaient pas les critères de la dépression du DSM (Mojtabai) ; Zimmerman et al, montraient que 56,6% des participants à une étude, ayant été diagnostiqués bipolaires, ne satisfaisaient pas aux critères. Les antipsychotiques de deuxième génération sont promus illégalement et prescrits aux vieillards souffrant de démence et aux enfants turbulents. En 2005, David Graham de la FDA considérait que ces prescriptions étaient à l'origine de 62 000 morts excédentaires. La Floride a entrepris un programme exigeant que ces ordonnances aux enfants de moins de six ans soient réévaluées par un psychiatre indépendant : leur nombre a chuté de 75%. Des enfants ayant reçu un diagnostic de TDAH ou soupçonnés tels, sont référés par des médecins au Centre du TDAH de l'hôpital de Rivière-des-Prairies : 60% se voient retirer leur diagnostic (Monzée). Plusieurs raisons sont à l'origine de ce surdiagnostic et/ou de ces erreurs de diagnostic. Le manque de maturité naturelle : les plus jeunes de leur classe sont 60% à 70% plus à risque de recevoir le diagnostic (Elder) ; les problèmes d'inattention peuvent être liés à l'apnée du sommeil ; le TDAH est facilement confondu avec la dyslexie ou tout autre problème de développement ; à l'adolescence le rythme circadien change et les adolescents sont programmés pour s'endormir plus tard, ce qui cause des problèmes d'insomnie se traduisant par de l'inattention et de l'hyperactivité. Par ailleurs, 87% des enfants TDAH reçoivent au moins deux diagnostics : dépression, trouble oppositionnel, anxiété, etc. Sont-ils inattentifs ou hyperactifs en raison d'un présumé déficit en dopamine (hypothèse qui n'a jamais été validée), ou leurs symptômes sont-ils le résultat des traumatismes vécus ou de leurs conditions de vie difficiles (alcoolisme d'un parent, divorce qui tourne mal) ?

QUELQUES CLÉS POUR COMPRENDRE LE SURDIAGNOSTIC

Les deux principaux moteurs de surdiagnostic et de surtraitement reposent sur l'influence de l'industrie pharmaceutique qui travaille main dans la main avec l'American Psychiatric Association et le DSM. Les mondiales du médicament disposent de moyens colossaux : elles sont 3½ fois plus rentables que la moyenne des grandes corporations figurant sur la liste du magazine Fortune. Et l'argent parle. Comment l'industrie influence les médecins Un sondage de l'Institute of Medicine as a Profession (figure 1), auprès de 1700 médecins, publié dans le New England Journal of Medicine en 2007, révèle que plus de 80% des médecins se voient payer le repas sur leur lieu de travail, près de 30% sont embauchés par l'industrie comme consultants, près de 20% en tant que conférenciers, etc.

Au Minnesota les psychiatres ayant reçu plus de 5000 \$ de l'industrie prescrivaient trois fois plus d'antipsychotiques de deuxième génération aux enfants que ceux ayant reçu un montant inférieur. Au fil des

ans, GlaxoSmithKline a embauché 49 000 professionnels de la santé, surtout des médecins, pour faire la promotion de ses médicaments, dont les antidépresseurs Wellbutrin et Paxil. Les études de GSK (ou de son ancêtre Smith Kline Beecham), montraient que le Paxil n'était pas plus efficace que le placebo pour traiter la dépression chez les adolescents. La société ordonnait de supprimer ces résultats. Elle commandait un article à une firme spécialisée. Publié dans un journal médical, l'article était rédigé par une auteure fantôme et signé par plusieurs médecins. La conclusion indiquait que le Paxil était « efficace et bien toléré ». Un procès révélait que 11 des 93 adolescents testant le Paxil avaient subi des effets indésirables graves, dont 6 avaient été hospitalisés contre aucun dans le groupe placebo (Jon Jureidini et al.). La justice américaine condamnait la multinationale à trois milliards de dollars d'amende pour fraude, promotion illégale et suppression de résultats négatifs. Johnson & Johnson a versé des ristournes à des médecins pour faire la promotion illégale du Risperdal auprès des enfants et des vieillards atteints de démence. Les études de la société montraient que les vieillards étaient beaucoup plus susceptibles de mourir suite à la prise du médicament que les participants ayant reçu un placebo. En outre, le fabricant était au courant que le Risperdal favorise la production d'une hormone qui stimule le développement des seins chez les garçons. En février 2015, la société faisait face à plus de 1000 poursuites pour cet effet indésirable. Un communiqué du département de la Justice signale que J&J a « mis les profits au-dessus des patients ». Elle a été condamnée à payer 2,2 milliards de dollars d'amendes.

Pfizer fut condamnée à 2,3 milliards \$ en 2009 pour des infractions semblables ; Abott à 1,6 milliard \$ en 2012 ; Eli Lilly à 1,4 milliard en 2009 pour promotion illégale du Zyprexa. Bref, presque toutes les mondiales du médicament ont été condamnées au civil et au pénal à des amendes copieuses au cours des dernières années. L'influence du DSM et de l'American Psychiatric Association Depuis quelques années le DSM a fait reculer les frontières de la santé au profit de la maladie. Il prend dans ses filets un grand nombre de personnes dont les symptômes sont légers ou modérés et qui profiteraient davantage d'une intervention psychosociale que d'un médicament. Autrement dit, le DSM a étendu le périmètre de ce qui constitue une « maladie » et par le fait même le marché potentiel pour les psychotropes.

1. Redéfinition des troubles : en 1980, le DSM abolissait la distinction entre dépression endogène (dépression mélancolique grave) et exogène ou situationnelle (dépression suite à un coup dur). La dépression situationnelle était rarement traitée avec un médicament, car elle évoluait naturellement vers la guérison. En ramenant tout sous la rubrique « dépression majeure » toute forme d'humeur dépressive était passible d'un traitement pharmacologique.

2. Abaissement des seuils : en 1994, le DSM exigeait 6 critères au lieu de 8 pour un diagnostic de TDAH. La prévalence passait de 3% en 1980 à 11% en 2012.

3. Transformation des phases normales de la vie en maladies : la réclame d'un fabricant d'anxiolytiques montre une jeune fille faisant son entrée à l'université. La photo est accompagnée du message suivant : « Tout un nouveau monde d'anxiété s'ouvre à vous ». Le DSM-5, publié en 2013, ajoutait le « Trouble neurocognitif léger » à sa palette. C'est la tendance normale à oublier des choses en vieillissant. Le manuel précise que c'est un trouble léger qui n'altère pas le fonctionnement! Le DSM-5 éliminait la période d'exclusion de deux mois pour un diagnostic de dépression majeure après la perte d'un être cher. Si vous éprouvez toujours du chagrin après deux semaines, vous souffrez de maladie mentale.

4. Invention de nouvelles maladies : le trouble dysphorique prémenstruel (les règles très douloureuses) est ajouté au DSM-5. Le Prozac est approuvé pour cette nouvelle « maladie mentale ». Il change de couleur et

s'appelle Sarafem. Il est vendu beaucoup plus cher que le Prozac ou son générique. La timidité devient phobie sociale ou trouble de l'anxiété sociale. Une firme de relations publiques embauchée par le fabricant popularise ce nouveau diagnostic avec des slogans tels que « Vous n'êtes pas timide, vous êtes malade ».

5. Création de modes : selon Allen Frances, maître d'œuvre du DSMIV, devenu critique féroce du manuel, l'inscription de nouveaux troubles au DSM crée des modes. Après l'inclusion de l'Asperger, les diagnostics ont augmenté de 2000%. Voici ce que disait Catherine DeAngelis, ex-rédactrice-en-chef du Journal of the American Medical Association au sujet des sociétés pharmaceutiques : «Je veux démontrer comment elles manipulent les données et pourquoi nous devons être cyniques à leur sujet » (Wall Street Journal).

Schizophrénie: des médicaments qui augmentent l'agressivité

Sandrine Cabut - Le Monde - 19 novembre 2015

<http://www.letemps.ch/sciences/2015/11/19/schizophrénie-médicaments-augmentent-agressivité>

En matière de traitement des troubles agressifs dans la schizophrénie, tous les médicaments sont loin de se valoir, selon une étude nationale menée en France auprès de plus de 300 patients. Les antipsychotiques de deuxième génération semblent nettement plus efficaces que les molécules plus anciennes, de première génération. Quant aux anxiolytiques de type benzodiazépines, couramment prescrits à ces patients, ils ne devraient pas l'être au long cours car ils sont associés à un niveau d'agressivité plus élevé, conclut l'enquête, à paraître dans la revue *Psychopharmacology*.

La prévention des passages à l'acte hétéro-agressifs (envers autrui) est l'un des grands défis de la prise en charge de la schizophrénie. A l'échelle sociétale, l'enjeu est de réduire au maximum le risque que se produisent les faits divers dramatiques qui contribuent à l'image déplorable de la maladie. Ce dysfonctionnement de la connectivité cérébrale, qui touche près de 1 % de la population, reste bien souvent l'emblème de la folie avec délires, violences... Et le mythe qui fait du schizophrène un meurtrier, bien que battu en brèche par de nombreuses études scientifiques, a toujours la vie dure.

Isolement et perte d'emploi

Une prise en charge adaptée de l'agressivité est aussi capitale pour les patients. « L'objectif de ces études n'est pas de les stigmatiser, mais au contraire de les aider car ils sont les premiers à se plaindre des effets de l'agressivité sur leur entourage, qui conduit à l'isolement et à la perte d'emploi », insiste le docteur Guillaume Fond, psychiatre et chercheur Inserm (Créteil), premier auteur de la publication. Avec le docteur Laurent Boyer (Marseille), il a analysé les données de 331 patients schizophrènes ayant consulté dans les dix centres experts du réseau FondaMental, sous la direction des professeurs Pierre-Michel Llorca (Clermont-Ferrand) et Antoine Pelissolo (Créteil).

Trois quarts des participants étaient des hommes, âgés de 32 ans en moyenne. Leur niveau d'agressivité a été autoévalué avec des questionnaires standardisés. « La schizophrénie est souvent associée à un défaut d'insight, c'est-à-dire une non-conscience des troubles, mais celle-ci porte principalement sur les idées délirantes et les hallucinations. Les patients sont en revanche souvent parfaitement capables de décrire leurs symptômes dépressifs et agressifs, c'est d'ailleurs surtout une action sur ces symptômes qu'ils attendent d'un traitement », précise le docteur Fond.

Dans cette cohorte, les antipsychotiques de deuxième génération (comme l'olanzapine, la rispéridone ou la clozapine), de loin les plus prescrits, étaient associés à un niveau plus faible d'agressivité physique et verbale

que ceux de première génération. Les chercheurs ont aussi évalué les effets sur l'agressivité d'autres médicaments que prennent souvent les schizophrènes en plus des antipsychotiques. Aucun n'a été retrouvé avec les antidépresseurs et les stabilisateurs d'humeur.

Dépendance et accoutumance

En revanche, les benzodiazépines (Xanax, Valium...), que 28 % de ces patients consomment au long cours pour lutter contre l'anxiété ou les troubles du sommeil, étaient associées à un score plus élevé d'agressivité et notamment de colère. « Notre étude suggère qu'il faut éviter autant que possible ces médicaments sur le long terme. En tout cas, il est important d'évaluer leur rapport bénéfice/risque », note M. Fond.

Ces résultats sont une nouvelle pierre dans le jardin des benzodiazépines, famille de médicaments déjà pointée du doigt pour ses nombreux effets secondaires : dépendance et accoutumance, difficultés de sevrage, mais aussi somnolence, coma, perte de conscience, état confusionnel, agitation, désorientation, voire démençes et apnées du sommeil... Une liste impressionnante qui n'empêche pas les Français de continuer à adorer ces pilules : en 2014, 7 millions de personnes en ont consommé avec une visée anxiolytique, dont 16 % en traitement chronique (sur plusieurs années), selon la Haute Autorité de santé.



Agence
Science-Pressé

<http://www.sciencepresse.qc.ca/actualite/2015/10/30/etudes-antidepresseurs-liens-douteux-encore>

Études sur les antidépresseurs : liens douteux (encore)

30 octobre 2015 (Agence Science-Pressé) – Ceux qui critiquent les compagnies pharmaceutiques ne seront pas étonnés par cette nouvelle : leur influence sur les études faisant état de l'efficacité des antidépresseurs est encore plus pesante qu'on le disait.



On sait depuis longtemps que, parmi les études publiées qui ont été financées par les compagnies, on a statistiquement plus de chances d'avoir des études qui ont conclu que le médicament était efficace (entre autres parce que beaucoup des études qui n'ont rien trouvé ne sont tout simplement pas publiées). C'est la raison pour laquelle, d'une part, il est à présent obligatoire de dévoiler les sources de financement d'une étude biomédicale et que d'autre part, les chercheurs s'appuient davantage sur

des méta-analyses : c'est-à-dire une revue de plusieurs études du même sujet.

S'appuyer sur une méta-analyse devrait en théorie garantir un équilibre entre les études financées par les compagnies et les autres, or, ce n'est pas le cas, révèlent John Ioannidis et ses collègues. Dans une revue de 185 méta-analyses sur les antidépresseurs publiée dans le Journal of Clinical Epidemiology, ils écrivent qu'un tiers d'entre elles ont été écrites par des gens rémunérés par les compagnies, et un autre tiers avait un lien, direct ou indirect, avec l'industrie. Il s'agirait, selon Ioannidis — qui s'est spécialisé depuis 10 ans dans les dérapages de la recherche — d'un phénomène récent, du moins insoupçonné jusqu'ici.

Schizophrénie : la psychothérapie aide à la gestion des symptômes et à la réduction des médicaments

[Psychomédia](#) - Publié le 23 octobre 2015

Pour le traitement de la [schizophrénie](#), la psychothérapie cognitivo-comportementale et le soutien aux familles, avec des doses réduites de médicaments antipsychotiques (neuroleptiques), donnent de meilleurs résultats que le traitement habituel qui se limite à de fortes doses de médicaments, selon une étude publiée dans l'*American Journal of Psychiatry* (AJP).

L'étude, menée par le psychiatre John M. Kane de la *North Shore University Hospital* et ses collègues, a été financée par le *National Institute of Mental Health* américain.

34 cliniques dans 21 États étaient assignées au hasard à offrir ce programme ou les soins habituels à un total de 440 participants. Ces derniers étaient âgés en moyenne de 23 ans, étaient atteints de schizophrénie ou d'autres [troubles psychotiques](#) et avaient reçu des médicaments antipsychotiques pendant moins de 6 mois. Ils ont été suivis pendant 2 ans.

L'efficacité des traitements était évaluée avec l'*Échelle de qualité de vie de Heinrichs-Carpenter* qui mesure le sentiment d'avoir une raison d'être, la motivation, les interactions émotionnelles et sociales, le fonctionnement lié au rôle et l'engagement dans des activités régulières. Les évaluations étaient réalisées, au moyen de la vidéo bidirectionnelle, par des évaluateurs qui ne savaient pas quels participants bénéficiaient du programme.

Les participants bénéficiant du programme recevaient de l'aide par rapport à l'école ou au travail tel qu'une assistance pour décider quelles classes ou opportunités étaient appropriées. Les membres de leur famille recevaient de l'information pour les aider à comprendre la maladie. Et, une psychothérapie individuelle aidait les participants à apprendre à construire des relations sociales, à réduire leur utilisation de substances d'abus et à gérer leurs symptômes, qui incluaient des problèmes d'humeur ainsi que des hallucinations et des délires.

Les 223 bénéficiaires du programme ont adhéré plus longtemps à leur traitement, ont connu une plus grande amélioration de la qualité de vie et de leur psychopathologie ainsi qu'une plus grande implication dans le travail et l'école que ceux ayant reçu les soins habituels.

En raison des effets secondaires graves (prise de poids, tremblements invalidants...) des médicaments antipsychotiques (neuroleptiques), près de 3/4 des schizophrènes cessent de les prendre, ont montré des études.

[Psychomédia](#) avec sources : [NIMH](#), [New York Times](#), [AJP](#).

Tous droits réservés



Psychiatrie: au plus proche du réel

Isabelle Burgun, le 9 octobre 2014



(Agence Science-Press) Entendre des voix dans sa tête, et la vie vire au cauchemar. Pour aider les personnes qui souffrent d'hallucinations auditives, un projet pilote vient de voir le jour au Québec: elles pourront dorénavant dialoguer avec ces voix intérieures à travers un avatar.

Apprendre l'empathie

Les chercheurs du Laboratoire d'applications de la réalité virtuelle en psychiatrie légale développent actuellement une interface cerveau-machine. L'ordinateur sera capable d'adapter la situation virtuelle à l'activité électrique du cerveau du participant. Ce dernier pourra apprendre à moduler ses réactions face à une situation critique. «Incapables à détecter la détresse de leur victime, nos patients déviants ont souvent un déficit important d'empathie. Ils pourront travailler leur empathie émotionnelle face à un avatar exprimant la douleur», explique Massil Benbouriche, coordonnateur des activités du laboratoire Applications de la réalité virtuelle en psychiatrie légale de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

Cette initiative mise en place par l'équipe de recherche d'Alexandre Dumais est l'une des nombreuses recherches du [laboratoire d'applications de la réalité virtuelle en psychiatrie légale](#) de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Inauguré en septembre 2013, ce laboratoire possède sa propre voute d'immersion virtuelle.

Dans le cas d'hallucinations auditives, «le clinicien opère l'avatar pour que le patient développe des stratégies de contrôle de ces voix», explique Massil Benbouriche, coordonnateur des activités du laboratoire. À la manière d'un jeu vidéo, en plus austère, cet équipement plonge le participant au sein d'expériences très réalistes.

Implanté dans un centre clinique de soins de santé mentale, les recherches fondamentales et appliquées qui sont menées dans ce laboratoire vont des troubles psychotiques à la psychopathie, en passant par les déviations sexuelles. «Nous avons un équipement de pointe permettant l'immersion de l'individu à l'intérieur. C'est là que nous recréons des environnements critiques, comme un bar ou une chambre où évoluent des avatars ciblés», détaille le chercheur.

Bienvenue dans l'intimité des patients

Sous le dôme virtuel, le participant fera des rencontres virtuelles (jeune femme, adolescent, enfant) tandis que son niveau d'excitabilité sexuelle est mesuré.

Loin du simple voyeurisme, les expériences visent à comprendre ce qui excite les personnes déviantes sexuelles. «Ce qui nous intéresse, c'est d'apprendre la manière dont l'individu dévient —un pédophile, par exemple— s'autorégule», explique le chercheur.

En collaboration avec le cyberpsychologue Patrice Renaud, il utilise une vidéo oculographie à infrarouge —pour suivre les yeux des probables prédateurs sexuels pour savoir sur quelles parties du corps ils se posent. Avant,

seule la [pléthysmographie pénienne](#) –un anneau enserrant le pénis et mesurant les changements de circonférences– révélait les intentions des participants.

Utile pour l'évaluation des déviations, la réalité virtuelle l'est aussi pour l'intervention auprès des troubles psychopathiques et phobiques. L'environnement interactif augmente le sentiment de présence qu'éprouvent les individus et plonge ainsi les chercheurs dans la «plus proche» réalité des patients.



<http://www.pourquidocteur.fr/Articles/Question-d-actu/11469-Antidepresses-pourquoi-les-Etats-europeens-consomment-differemment>

Facteurs socio-économiques

Antidépresseurs : pourquoi les États européens consomment différemment

Par [Antoine Costa](#) - Publié le 10.07.2015

Des chercheurs se sont penchés sur les facteurs socio-économiques à l'origine des différences de consommation d'antidépresseurs selon les États européens.

Les antidépresseurs, une affaire culturelle ? Des chercheurs du King's College de Londres se sont penchés sur la consommation de ces médicaments en Europe, et sur les facteurs économiques et culturels à l'origine des différences constatées entre les États. Les résultats de ces travaux ont été publiés dans la revue [British Journal of Psychiatry](#).

Écarts de consommation

Les auteurs de l'étude se sont fondés sur les données de [l'Eurobaromètre 2010 sur la santé mentale](#), qui ont permis d'établir des écarts significatifs dans les consommations d'antidépresseurs. Ainsi, alors qu'au Portugal, 16 % de la population générale s'est vu prescrire ces médicaments au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, en Grèce, ce taux n'est que de 3 % (à l'époque). Pour le Royaume-Uni, il s'élève à 9 %, et à 10 % pour la France. A l'échelle européenne, la moyenne s'élève à 7 %.

Pourtant, la prévalence des maladies mentales ne varie pas de manière significative selon les États européens, expliquent les auteurs. Alors comment expliquer une telle disparité ?

Perception des maladies mentales

Selon les conclusions de l'étude, plus un pays a tendance à investir d'argent dans son système de santé, plus la consommation d'antidépresseurs est élevée. Ce qui, en soi, est assez logique, puisque dans ces États, l'accès aux médicaments s'en retrouve facilité.

Un autre facteur, moins intuitif, semble influencer directement la consommation des habitants : la perception des maladies mentales au sein des pays. Cette approche a été sondée à travers [l'Eurobaromètre 2006](#), où les participants étaient invités à répondre à des questions telles que : « les personnes atteintes de troubles

mentaux ou émotionnels constituent-elles à vos yeux des dangers ? », « n'ont-elles qu'elles à blâmer ? » ou encore, « pourront-elles guérir un jour ? ».

Or, selon l'étude, plus une population a tendance à stigmatiser les personnes souffrant de troubles, moins l'usage d'antidépresseurs est répandu. Ainsi, dans les Etats qui ont tendance à considérer ces patients comme des cas incurables, seuls responsables de leur état, le recours aux antidépresseurs est faible. Au contraire, les populations qui croient aux thérapies contre les troubles mentaux y ont davantage recours.

Toutefois, un autre facteur de discrimination augmente le recours aux antidépresseurs. En effet, les États où les troubles mentaux sont associés à des dangers potentiels ont tendance à manifester une consommation élevée de médicaments.

Malgré ces différences, les auteurs ont pu dresser le portrait type du consommateur européen d'antidépresseur. Il s'agit d'une femme d'au moins quarante ans, sans emploi ou en recherche de travail, qui éprouve des difficultés à payer ses factures à la fin du mois.

Source : Eurobaromètre 2006



http://www.atlantico.fr/decryptage/pourquoi-cerveau-est-concu-pour-creer-hallucinations-alexandre-baratta-2386570.html?utm_content=buffer2c97f&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer

Pourquoi le cerveau est conçu pour créer des hallucinations

Publié le 18 Octobre 2015



Souvent associé aux troubles psychotiques, les hallucinations pourraient résulter d'un processus naturel utilisé par le cerveau pour appréhender le sens du monde.

Atlantico : A l'issue d'une étude menée au Département de psychiatrie de l'Université de Cambridge, il apparaît que le cerveau humain soit conçu pour créer des hallucinations et ce, en dehors de toute maladie mentale. Comment qualifiez-vous ces hallucinations ? A quoi servent-elles dans notre psychisme ?

Alexandre Baratta : En réalité, le cerveau n'est pas programmé dans le but de créer des hallucinations. C'est seulement dans certaines conditions de stimulations – comme des figures géométriques par exemple – que le cerveau humain va reconstruire une image et donner du sens à un stimulus qui, à la base, n'en avait aucun. Il ne s'agit pas à proprement parler d'hallucinations visuelles mais d'illusions visuelles, qui n'ont pas de rapport avec les hallucinations observées dans les maladies mentales. Ce phénomène d'illusions n'a rien de nouveau : il est connu et documenté de longue date.

Atlantico : Comment faites-vous donc pour discerner les hallucinations symptomatiques d'une pathologie mentale des hallucinations "normales" ? Cette étude permet-elle de mieux soigner les phénomènes hallucinatoires pathologiques ?

Alexandre Baratta : Les phénomènes hallucinatoires peuvent se rencontrer dans une multitude de maladies, que celles-ci soient neurologiques (démence à corps de Lewy, épilepsie, tumeurs cérébrales, etc), psychiatriques (schizophrénie par exemple, psychose hallucinatoire chronique, etc) ou métaboliques (intoxication au monoxyde de carbone, consommation de stupéfiants, etc).

Plusieurs modalités hallucinatoires existent : elles peuvent être visuelles, auditives (voix venant du dehors), intrapsychiques (voix dans la tête) ou cénesthésiques (impression d'insectes sous la peau). Les phénomènes hallucinatoires sont nombreux et peuvent s'inscrire dans des maladies diverses et variées. Mais ce n'est pas l'hallucination qui va permettre de poser le diagnostic. Ce sont les autres signes de la maladie. Un syndrome parkinsonien associé va par exemple orienter vers une démence à corps de Lewy. Un délire mystique - un individu se prenant pour Dieu par exemple - pourra être un schizophrène ou un sujet ayant simplement consommé des stupéfiants. Un syndrome confusionnel va orienter vers une intoxication à un produit lambda (monoxyde de carbone, neurotoxine, etc). Un individu présentant des vomissements en jet et des céphalées sera suspect d'une tumeur cérébrale. Un mouvement anormal d'un membre va orienter vers une origine épileptique.

Les résultats de cette étude ne permettent donc pas une meilleure prise en charge des hallucinations. En revanche, ces travaux démontrent - après une série de précédentes études similaires - que des illusions visuelles sont possibles en dehors de toute pathologie neurologique ou psychiatrique. Quant au traitement des hallucinations en général, il reste inchangé dans la mesure où celles-ci ne constituent qu'un élément parmi d'autres d'une maladie neurologique ou psychiatrique.

Atlantico : L'étude démontre aussi que le processus hallucinatoire est plus développé chez les patients atteints d'une maladie mentale, notamment chez les psychotiques. Est-ce que cela signifie que les personnes atteintes de ces pathologies mentales ont une meilleure appréhension du monde que leurs congénères "sains d'esprit" ?

Alexandre Baratta : Les hallucinations peuvent constituer un signe de maladie neurologique ou psychiatrique à côté des autres symptômes de ladite maladie. Des schizophrènes peuvent présenter des hallucinations auditives par exemple (ils ne souffrent jamais d'hallucinations visuelles). Mais il ne s'agit pas d'un phénomène constant, loin de là. De très nombreux psychotiques ne présentent jamais d'hallucinations : tous les hallucinés ne sont pas psychotiques et tous les psychotiques n'hallucinent pas.

Une personne souffrant de schizophrénie aura tendance à être coupée du monde et n'a pas une meilleure appréhension du monde, bien au contraire. Il s'agit de la 6ème cause de handicap mondial et les troubles psychotiques sont à l'origine de nombre de désinsertion sociale, par rupture de contact avec la réalité.

Schizophrénie, troubles bipolaires

Un lien génétique entre maladies mentales et créativité

Par [Audrey Vaugrente](#) - Publié le 10.06.2015

Il n'y a point de génie sans un grain de folie, selon Aristote. Ce philosophe grec était visionnaire : une étude démontre un lien génétique entre créativité et maladie mentale.



Marlon Brando (NANA PRODUCTIONS/SIPA) et Vincent Van Gogh (SUPERSTOCK/SIPA), deux malades mentaux créatifs

Vincent Van Gogh. Ernest Hemingway. Antonin Artaud. Marlon Brando. Ces quatre personnalités ne partagent pas seulement la créativité. Ce sont aussi des malades mentaux célèbres, qui souffraient de troubles bipolaires ou de schizophrénie. Et nombreux sont les artistes qui souffrent de

troubles psychiques. Ce n'est pas le fruit du hasard : créativité et maladies mentales ont des racines génétiques communes. C'est le résultat de l'analyse des données génétiques de la population islandaise. Les résultats, parus dans [Nature Neuroscience](#), montrent que les personnes créatives possèdent des gènes de prédisposition aux troubles psychiatriques.

Les données génétiques de plus de 96 000 Islandais ont été passées en revue. Les individus ont été classés en deux groupes : créatifs ou non. Pour intégrer le premier groupe, il fallait faire partie d'une société artistique nationale (art dramatique, danse, musique, art visuel, écriture).

Un environnement variable

Pour les auteurs de l'étude, la créativité se caractérise par des processus cognitifs différents du reste de la population. Les maladies psychiatriques que sont la schizophrénie et le trouble bipolaire se caractérisent aussi par une altération des capacités cognitives et émotionnelles. Un lien n'est donc pas exclu. Les données génétiques confirment cette hypothèse : les scores montrent que la créativité se situe à mi-chemin entre la bonne santé mentale et la maladie psychiatrique.

« L'idée que ces troubles reflètent les extrêmes du spectre normal du comportement humain plus qu'une maladie distincte est de plus en plus acceptée, souligne Robert Power, premier auteur de l'étude. Si nous savons quels comportements sains, comme la créativité, ont une biologie commune avec des maladies psychiatriques, nous comprendrons mieux le processus qui rend une personne malade. Nos résultats suggèrent que les personnes créatives ont peut-être une prédisposition génétique qui les pousse à réfléchir différemment. » Cette prédisposition serait similaire à celle des patients bipolaires ou schizophrènes. Mais les

« créatifs » auraient bénéficié de facteurs génétiques et environnementaux favorables, à la différence des seconds.

La psychiatrie dans son rôle de contrôle social

28 avril 2014 - Par le Dr Thierry Ferjeux MICHAUD-NÉRARD, Pédopsychiatre, DEA de Psychologie clinique



On observe habituellement que la “représentation psychiatrique” de l’univers psychique de l’autre, en tant que “malade mental supposé”, conclut quasiment toujours à son désavantage. On constate que “l’univers psychique de l’autre” doit toujours être soumis à la critique et à un “jugement psychiatrique” péremptoire et généralement sans appel. Si on veut se demander ce que cela signifie, on comprend que le pouvoir infini de l’arrogance, de l’ignorance et de l’erreur faussement scientifique de la psychiatrie permet au psychiatre de regarder l’autre, en tant que malade mental supposé, comme un être inférieur. C’est

pourquoi, il semble inutile au psychiatre de s’intéresser à l’univers psychique de l’autre jugé d’emblée comme de moindre valeur.

Pour la “représentation psychiatrique”, toute conduite, tout comportement, toute attitude, c’est-à-dire toute manière d’être autre que ce qui est présumé être normal, est jugée pathologique, inadaptée et dysfonctionnelle, donc moralement inférieure et sans valeur. Le psychiatre considère l’univers mental étranger et inconnu du malade mental présumé comme un univers psychique détraqué, ennemi de la “réalité médicale saine”.

C’est pourquoi il ne ressent aucune curiosité, mais plutôt de l’aversion envers “l’étrangeté psychique”. Un psychiatre n’admettra jamais qu’un “autre univers mental” que le sien soit pourtant dans le “vrai”. Le seul fait médical déterminant est qu’une telle discrimination psychiatrique soit non seulement possible mais encore valorisée. Que le psychiatre tienne l’univers psychique de l’autre pour “différent” et “déficient”, et le sien seul pour “vrai”, est symptomatique des normes de la psychopathologie. À l’origine, l’idée psychiatrique invente un univers mental “soi-disant rationnel”, où la raison médicale et les fonctions officielles du “contrôle social médicalisé” sont les seules adéquates. De là vient que seul “l’univers mental du psychiatre est vrai”. C’est pourquoi le délire mystique de l’être religieux, qui s’invente un “univers mental divin”, est jugé pathologique. De là vient que l’univers psychique de l’autre est “dénaturé” par la psychiatrie officielle et jugé “contre nature”.

L’homme rationnel est celui qui s’imagine doté d’un “univers mental totalement libre”. De là vient que le psychiatre veut croire que le seul univers mental qui soit “bon, juste, sain” est celui de l’homme normal, cet animal abstrait “soi-disant rationnel”. Le point commun de ces contradictions est l’erreur et l’ignorance issues

des confusions habituelles de la mythologie discriminante inscrite dans les théories de la psychiatrie officielle. “L’autre univers mental”, tel qu’il apparaît dans l’histoire de la pensée psychiatrique, est toujours caractérisé par des attributs déficients et dévalorisés par des préjugés d’ordre moral, même dissimulés. “L’autre univers mental”, tel qu’il résulte des faits et des agissements de la psychiatrie officielle, est synonyme de non-existant, de non-valeur. C’est pourquoi le “psychiatre normal” n’a nullement la volonté de le laisser vivre. Il doit donc contribuer médicalement et activement à détruire cet “univers mental autre” par des prescriptions souvent abusives de médicaments psychotropes et un usage généralement nocif de ces médicaments.

Si cet univers mental de l’autre n’est que l’apparence et le symptôme de la maladie mentale, il doit donc exister un univers mental normal, sain, équilibré et authentique. Cet univers mental supposé normal est sûrement très rassurant pour les gens bien-pensant : il y aurait donc un univers mental absolument normal ! Autant de raisonnements faux issus de la confiance aveugle des gens dans la “raison médicale”. Au fond, c’est la seule exigence de domination, sous des aspects parfois charitables et mensongers, qui justifie la volonté absurde de reproduction d’un soi-disant univers mental normal par les médicaments psychotropes des psychiatres. On comprend que c’est souvent la haine d’un univers mental différent qui s’exprime dans ce qu’on croit être une aide médicale efficace ou un traitement psychiatrique justifié. En réalité, la toute-puissance des psychiatres veut essayer de manipuler les consciences pour substituer un autre univers mental jugé meilleur ! Ce sont autant d’expériences médicales néfastes pour les gens qui sont tirées de l’arrogance, de l’ignorance et de l’erreur faussement scientifique de la psychiatrie. Ce sont ces expériences médicales qui vont contribuer à altérer la vie autonome et la vie sociale des soi-disant malades mentaux.

On comprend que la liberté de penser doit être condamnée par l’erreur et l’arrogance de ce même pouvoir absolu de la psychiatrie officielle. Pourquoi ? Parce qu’une certaine réalité psychique correspond à la vie de l’esprit de l’un et que cette réalité psychique ne correspond pas à l’univers mental de l’autre. La raison médicale sert de “source de révélation” sur ce qui dans la vie de l’esprit doit être considéré comme anormal, et donc pathologique, par la sainte inquisition psychiatrique qui doit sauver “l’univers psychique de l’autre” des forces du démon. Comme on peut le penser, l’origine de cette domination médicale ne remonte sûrement pas à une source scientifique. C’est que la raison d’État suffit ici pour opposer les fonctions officielles du “contrôle social médicalisé” à la liberté individuelle de penser ! La plupart des concepts de la psychiatrie ont leur origine dans la raison pratique, dans l’utilité de maintenir “l’ordre social”, c’est pourquoi la raison d’État croit si fort aux perspectives de la domination médicale, notamment pour ce qui est du traitement des “déviations sociales”.

Cela ne prouve en aucun cas la vérité des théories que la psychiatrie officielle affirme en matière de thérapeutique, mais illustre ce qu’elle veut dissimuler en matière de contrôle social.

LE DEVOIR
LIBRE DE PENSER

<http://www.ledevoir.com/societe/science-et-technologie/442073/depression-de-nouveaux-suspects-au-banc-des-accuses>

Dépression: de nouveaux suspects au banc des accusés

L’étude de cerveaux a révélé des anomalies que l’on ne soupçonnait pas

6 juin 2015 | [Pauline Gravel](#) | [Science et technologie](#)

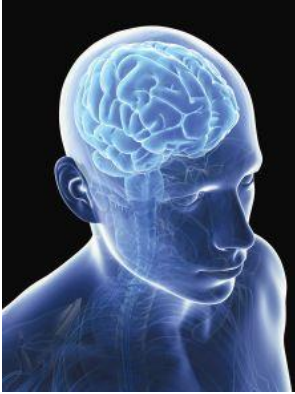


Photo: iStock

Les chercheurs de l'Institut universitaire de santé mentale Douglas ont passé deux ans à regarder sous le microscope des tranches de cerveau et à observer minutieusement les cellules de la matière blanche du cerveau de personnes dépressives qui s'étaient suicidées.

On a longtemps attribué la dépression à un déficit en sérotonine dans le cerveau, ou du moins à un dysfonctionnement des neurones utilisant ce neurotransmetteur pour communiquer entre eux. L'étude de cerveaux de personnes déprimées qui se sont suicidées a permis de découvrir d'autres anomalies cérébrales que l'on ne soupçonnait pas et qui ont donné naissance à de nouvelles hypothèses, comme celles d'une neuroinflammation de la matière blanche du cerveau, d'un excès de la transmission neuronale s'effectuant avec le glutamate, et de l'altération des gènes impliqués dans la réponse au stress.

Après un travail de moins de deux ans à regarder sous le microscope des tranches de cerveau et à observer minutieusement les cellules de la matière blanche du cerveau de personnes dépressives qui s'étaient suicidées, l'équipe de Naguib Mechawar a découvert qu'un certain type de cellules, les astrocytes, étaient hypertrophiées dans le cerveau des victimes de dépression, alors qu'elles ne l'étaient pas dans celui des individus n'ayant pas souffert de cette pathologie.

Plus particulièrement, les chercheurs de l'Institut universitaire de santé mentale Douglas ont observé que les astrocytes du cortex cingulaire antérieur, une région impliquée dans la régulation de l'humeur, étaient déformés comme si elles étaient exposées à des molécules pro-inflammatoires, qui sont normalement relâchées lors d'une inflammation. « *On a alors émis l'hypothèse qu'il s'agissait peut-être d'une inflammation chronique de bas niveau, ce qui concorderait avec cette grande hypothèse de la présence d'une neuroinflammation dans la dépression qui est discutée dans la littérature depuis quelques années et qui a de plus en plus d'appuis expérimentaux* », affirme Naguib Mechawar, professeur au Département de psychiatrie de l'Université McGill.

Cette hypothèse de la neuroinflammation a d'abord été émise à la suite de la découverte d'une légère augmentation de la concentration des cytokines pro-inflammatoires dans le sang des déprimés. « *C'est comme si le stress chronique, qui est un des facteurs pouvant déclencher la dépression, avait dérégulé le système immunitaire vers un état de neuroinflammation* », avance le chercheur. L'hypothèse d'une neuroinflammation a aussi été étayée par le fait que l'administration de cytokines pro-inflammatoires, telles que l'interféron alpha, pour traiter un cancer, induit des symptômes identiques à ceux d'une dépression majeure chez la majorité des patients traités.

Suspectant une anomalie au niveau des astrocytes, l'équipe de M. Mechawar a continué d'étudier ces cellules, qui exercent une fonction active dans la transmission des messages entre les neurones. Cette semaine, elle publiait un article dans la revue *Molecular Psychiatry* indiquant que dans le cerveau de dépressifs qui s'étaient suicidés, l'expression du gène synthétisant la protéine acide fibrillaire gliale, ou GFAP, était diminuée au sein des astrocytes présents dans des régions cérébrales impliquées dans la régulation de l'humeur, telles que le cortex préfrontal et des régions sous-corticales qui y sont connectées. Par contre, l'expression de la GFAP était

normale dans des régions telles que le cortex visuel, le cortex moteur et le cervelet, qui n'ont rien à voir avec les émotions et, conséquemment dans la dépression.

« Tout indique que les réseaux d'astrocytes sont perturbés. Il s'agit probablement d'une conséquence du stress et du dérèglement immunitaire », résume M. Mechawar, qui s'est intéressé à d'autres cellules de la matière blanche, dont les cellules microgliales qui sont en quelque sorte des « *cellules immunitaires résidant dans le cerveau* ». Les chercheurs ont noté que ces cellules sont « *un peu plus en alerte* » chez les dépressifs qui se sont suicidés. Ils ont également remarqué dans le cerveau de ces mêmes personnes une accumulation de macrophages — des cellules dépêchées par le système immunitaire — tout le long des vaisseaux sanguins. « *Nous croyons que ces macrophages auraient été attirés dans le cerveau et y seraient parvenus par la circulation sanguine. Une fois postés autour des vaisseaux, ils peuvent ensuite migrer dans les tissus et contribuer au phénomène inflammatoire* », explique M. Mechawar, qui est directeur de la Banque de cerveaux Douglas-Bell Canada.

Altération de la myéline

Des études de plus en plus nombreuses suggèrent que la myéline est altérée dans la dépression. La myéline est cette substance grasseuse qui enveloppe les axones (prolongement en forme de fibre) des neurones et qui, à la manière de la gaine de plastique des fils électriques, sert d'isolant et permet ainsi une transmission plus efficace de l'influx nerveux. Or, « *la qualité et l'abondance de la myéline jouent un rôle important dans la performance de l'activité d'une région cérébrale. Des études ont montré que la myéline peut aussi être altérée par le stress chronique, la maltraitance en bas âge ou la séparation de la mère au cours du développement, une période durant laquelle s'effectue la myélinisation du cerveau* », souligne M. Mechawar.

L'équipe de Gustavo Turecki, directeur du Groupe McGill d'études sur le suicide, a observé que la fonction d'une population de gènes impliqués dans l'activité des oligodendrocytes, ces petites cellules gliales qui produisent la myéline, était altérée dans le cerveau de personnes qui avaient subi des sévices au début de leur vie et qui s'étaient suicidées. L'équipe de M. Mechawar compare actuellement la densité et la distribution des oligodendrocytes dans les cerveaux de suicidés à celles observées dans des cerveaux témoins. En collaboration avec le Centre de neurophotonique de l'Institut universitaire en santé mentale Québec, elle étudie l'organisation de la myéline autour des axones afin de dépister les changements qui seraient survenus chez les déprimés.

Toutes ces observations démontrent clairement que les cellules gliales de la matière blanche ne sont pas de simples cellules de soutien, comme on l'a longtemps cru. « *Elles jouent un rôle vital pour les neurones. Elles ne sont pas là pour les soutenir bêtement. Les neurones ont besoin de ces cellules-là pour fonctionner normalement* », rappelle Naguib Mechawar.

Souffrez-vous de «solastalgia»?

Le nouveau mal-être humain, à l'aube des changements climatiques

18 avril 2015 | Isabelle Paré | Science et technologie



Photo: Glenn Albrecht

Glenn Albrecht est philosophe de l'environnement.

Pour la première fois de son histoire, l'humanité fait face à la destruction potentielle de son unique habitat : la planète. Cette menace altère non seulement nos comportements, nos interactions sociales, mais la psyché même des individus, affirme Glenn Albrecht, philosophe de l'environnement et professeur au Département d'études environnementales de l'Université de Murdoch, en Australie. L'instigateur du concept de « solastalgia » nous parle de ce nouveau mal-être, à l'aube des changements climatiques.

ENTREVUE.

Les changements climatiques ont des impacts connus sur la santé mentale et physique des populations. En inventant le concept de « solastalgia », vous avez poussé plus loin cette réflexion, pour décrire l'impact psychologique causé par la détérioration de l'environnement sur la conscience et le bien-être des collectivités et des individus. De quoi s'agit-il ?

Glenn Albrecht : Comme philosophe de l'environnement, mon travail m'a amené à travailler avec des fermiers qui vivaient dans une vallée luxuriante du sud de l'Australie, qui pourrait être décrite comme la Toscane des antipodes. Depuis 20 ans, l'exploitation effrénée de mines de charbon à ciel ouvert dans la vallée de Hunter, dans New South Wales, a transformé leur vie en enfer. Des explosions ponctuent leurs journées, les cours d'eau ont été pollués et d'immenses projecteurs éclairent les sites d'extraction nuit et jour. Ces gens sont venus me voir. Ils étaient en détresse, habités par une sorte de nostalgie permanente. Ils n'étaient pas privés de leur habitat, mais avaient le mal du pays. Or il n'existait pas de mot pour décrire cet état d'impuissance et de détresse profonde causé par le bouleversement d'un écosystème. Pour cette raison, j'ai développé le concept de « solastalgia », qui signifie « être privé de l'essence même de son environnement ».



Comment est né ce néologisme, aujourd'hui cité et repris par de nombreux scientifiques et chercheurs concentrés sur l'impact psychologique des changements climatiques ?

Glenn Albrecht : Ce sentiment se rapproche de la nostalgie ou de la mélancolie, qui, jusqu'au début du siècle, était considérée comme un trouble médical. Mais je ne suis pas médecin. Je décris plutôt un état, un sentiment profond vécu par des gens qui souffrent du mal du pays, en raison des mutations de leur habitat, même si, paradoxalement, ils sont encore chez eux. Je me suis inspiré du terme anglais « *solace* », qui renvoie au sentiment de réconfort et de soulagement, pour créer la solastalgia. Cet état décrit la détresse causée par la perte lente mais chronique des paramètres familiers liés à l'environnement d'un individu. Le rapport à

l'environnement fait partie des éléments essentiels à l'équilibre mental humain. En ce sens, la perte de notre environnement a un impact direct sur l'état de notre conscience.

S'agit-il d'un état ou d'un trouble psychologique, pouvant aller jusqu'à affecter la santé mentale ?

Glenn Albrecht : Je suis un philosophe, un existentialiste, j'analyse le rapport de l'humain à la Terre et ne prétends pas contribuer à la science médicale. L'humain est un animal qui peut être rationnel et scientifique, mais aussi un animal émotif. J'ai voyagé à d'autres endroits dans le monde où l'on observe des populations affectées par cet état de solastalgia, cette détresse liée au bouleversement de leur environnement. Ces conditions, que j'appelle « psychoterratiques », renvoient à toutes les émotions et tous les sentiments découlant du lien entre la psyché et la Terre. Les concepts d'écoanxiété et d'écoparalysie ont aussi été décrits dans la littérature, mais ces termes ne font pas référence à des pathologies médicales qui peuvent être guéries par la médecine. Ce sont des états, des émotions.

Si les gens souffrent émotivement de l'impact des changements climatiques, comment expliquer l'absence d'actions et de réactions de la majorité des gens, et surtout des dirigeants, face à la menace causée par le réchauffement climatique ?

Glenn Albrecht : Certaines personnes vivent directement l'impact des changements climatiques. Parlez-en aux habitants de La Nouvelle-Orléans qui ont vécu l'ouragan *Katrina*. Le taux de détresse psychologique y a bondi, notamment chez les plus démunis. Le problème est que la majorité des gens en Occident ne sont pas encore touchés par les impacts du réchauffement climatique. Ce danger est encore perçu comme une menace lointaine. En plus de l'ignorance, la surabondance d'information et la désinformation sur les changements climatiques finissent par entraîner chez le commun des mortels aussi une sorte d'écoparalysie. On parle même d'écoconfusion, un sentiment qui survient quand les gens se sentent impuissants et incertains face à une menace réelle, surtout quand leurs propres dirigeants, notamment le vôtre au Canada, répondent par le déni ou tout simplement par la stupidité.

L'instinct de survie propre à l'homme, observé lors de cataclysmes naturels ou d'autres catastrophes causées par l'homme comme les guerres, ne finira-t-il pas par prendre le pas sur toutes ces autres émotions qui expliquent l'immobilisme actuel ?

Glenn Albrecht : La question des changements climatiques est un enjeu global. Or, comme espèce, l'humain a évolué dans des habitats dont l'échelle est d'abord régionale. La mondialisation de la culture a aussi éloigné les hommes de la réalité de ces écosystèmes régionaux et des cycles naturels de la nature. Dans ses travaux, Peter Louv parle de *nature-deficit disorder* pour décrire certains enfants de la dernière génération, constamment branchés à leur téléphone et à leur ordinateur, qui grandissent sans développer aucune conscience ni lien avec leur habitat naturel. Comment peut-on espérer que, à l'âge adulte, ces enfants éprouvent la moindre empathie avec la nature si leur vie est concentrée sur un monde virtuel ?

Pourtant, ce sont des adultes comme vous et moi — qui n'ont pas grandi dans cette culture mondialisée et dopée par Internet — qui prennent les décisions qui seront décisives pour l'avenir de l'humanité.

Glenn Albrecht : Les adultes souffrent aussi de ce que je surnomme à la blague le *nature out overdose disorder*. Nous sommes comme les naïfs du Na'vi dans *Avatar*. L'omniprésence de la technologie nous distrait des vrais problèmes. Le monde est inondé d'informations triviales qui expliquent cette indifférence généralisée. C'est tellement plus facile d'être distrait par les fesses de Kim Kardashian et les vidéos de chats que de se concentrer sur les enjeux cruciaux. Cela est pathétique.

Vous n'avez pas l'air très optimiste à propos de la capacité de l'être humain de se ressaisir pour changer ce qui semble inéluctable ?

Glenn Albrecht : Il y a un réel effet de décalage entre nos actions immédiates et l'impact attendu sur le réchauffement de la planète. Si nous reportons les actions essentielles pour agir sur le climat, notre comportement devra forcément changer pour s'ajuster à la hausse des températures et à la destruction des écosystèmes. À ce stade, il sera trop tard pour stopper la destruction d'une partie de la planète et beaucoup de gens vont en souffrir. Ce que j'appelle aujourd'hui la solastalgia sera un pique-nique, comparativement à l'intensité de la détresse que causeront les pandémies, les conflits causés par la diminution des ressources disponibles et le chaos social causé par l'effondrement de l'agriculture et des pêcheries. Il faut agir maintenant pour empêcher cela d'arriver.

Croyez-vous qu'on peut encore changer le cours des choses ?

Glenn Albrecht : Oui, je crois que les choses peuvent changer. Des mouvements sociaux importants s'organisent, comme ceux menés par Bill McKibben (NDLR : leader du groupe 350.org et du mouvement Step It Up, un mouvement national pressant le Congrès américain d'agir pour stopper le réchauffement climatique) ou Naomi Klein (*star* anticapitaliste, auteur de *No Logo*, devenue récemment activiste dans la lutte contre les changements climatiques). Mais, pour cela, il faudra passer d'une époque anthropocène (marquée, depuis la fin du XVIIIe siècle, par l'influence prédominante de l'être humain sur la biosphère), à la « simbioscène », une ère où l'homme devra apprendre à vivre en symbiose avec la planète pour assurer sa propre survie.

Glenn Albrecht est philosophe et l'auteur du concept de solastalgia. Il est professeur retraité en développement durable et en études environnementales à l'Université Murdoch, à Perth, en Australie.

la Croix

Blog

<http://handicap.blogs.la-croix.com/violence-psychiatrique-et-existence/2014/10/13/>

Violence psychiatrique et existence

POSTÉ PAR DANIELLE MOYSE LE 13 OCTOBRE 2014

C'est avec un bel aplomb que nos sociétés rangent Nietzsche, Van Gogh, Antonin Artaud, Janet Frame, dans la catégorie des « fous », suggérant par là même que ces êtres humains d'exception auraient à envier aux citoyens ordinaires leur saine relation à l'existence ! Il est vrai que, suite à un débordement compassionnel qui le poussa à se jeter au cou d'un cheval maltraité, Nietzsche finit sa vie dans un état proche de l'hébétéude. Et le comportement de Van Gogh pouvait sans doute témoigner d'une certaine « fragilité mentale ». Antonin Artaud n'en écrit pas moins : « On peut parler de la bonne santé mentale de Van Gogh qui, dans toute sa vie,

ne s'est fait cuire qu'une main et n'a pas fait plus, pour le reste, que de se trancher une fois l'oreille gauche » ! Ce qui, d'après Artaud, comparé à l'état anormal d'un monde bourgeois qui cultive le « mépris crasseux de tout ce qui montre race », ne correspond somme toute qu'à l'état d'exaspération d'un esprit plus sensible que la moyenne aux ravages de ce monde.

Dans cette perspective, la « pathologie » de certains « malades mentaux » renvoie en fait à la conscience aiguë de ce qui les empêche d'exister. En admettant qu'il faille tenir pour acquis que Van Gogh est mort suicidé, ce serait à la société qu'il faut en imputer la responsabilité plutôt qu'à une décision de Vincent. « Ameutant la vie », suivant l'expression employée par ailleurs par Artaud, dans ses profondeurs telluriques, Van Gogh serait, d'après le poète, instigateur d'un monde où elle se remettrait à chanter ! Ce qui, au regard de la psychiatrie, aurait été insupportable !

Ainsi, la juxtaposition, proposée par le Musée d'Orsay au printemps 2014, des tableaux du peintre et des textes du poète, qui lui rendit hommage dans *Van Gogh, le suicidé de la société*, invitait-elle non seulement à une réflexion sur les rapports entre folie et société, mais plus radicalement, entre folie et existence.

Ce n'est pas la première fois, notamment depuis les mouvements d'antipsychiatrie des années 70, que l'on suggère qu'il y a peut-être mieux à faire pour soigner les malades que de leur administrer des traitements dont la finalité est avant tout de les faire rentrer dans les rangs. « Dans la mesure où la psychiatrie représente les intérêts, ou les prétendus intérêts des hommes normaux, nous pouvons constater que la violence en psychiatrie est au premier chef, violence de la psychiatrie », écrivait ainsi David Cooper dans *Psychiatrie et antipsychiatrie*. Songeons en effet aux violences perpétrées par les sociétés totalitaires à l'encontre de ses « malades mentaux ». Mais aussi à Janet Frame, écrivaine néo-zélandaise, qui, diagnostiquée à tort schizophrène, n'échappa de justesse à la lobotomie que par le miracle de l'attribution d'un grand prix littéraire...

Expliquer la folie par la violence sociale plutôt que par une défaillance du malade est-il toutefois suffisant ?

Heidegger suggère en effet une possibilité bien plus radicale sur le sens de la folie de Van Gogh : « Il travailla, s'arracha pour ainsi dire les toiles du corps, et d'être confronté à l'existence, cela a fini par le rendre fou ». Exister, à proprement parler, serait-il une telle épreuve que certains fous peuvent apparaître comme des héros qui en ont pris le risque ? Et la psychiatrie ne se condamne-t-elle pas à une certaine violence aussi longtemps qu'elle n'a pas pris la mesure de ce que signifie exister ?

Retrouver Danielle Moyse sur philosophies.tv <http://www.philosophies.tv>



<http://www.franceculture.fr/emission-le-monde-selon-caroline-eliacheff-hyperactif-ou-post-moderne-2015-02-04>

Le Monde selon Caroline Eliacheff

Hyperactif ou post-moderne ?

Une fois n'est pas coutume, je vais commencer par vous poser quelques questions que j'ai soigneusement sélectionnées :

- Avez-vous des difficultés à vous souvenir de vos rendez-vous ?
- Ressentez-vous la bougeotte motrice de vos mains ou de vos pieds quand vous devez rester assis longtemps ?
- Avez-vous des difficultés à rester concentré sur ce que les gens vous disent même quand ils s'adressent directement à vous ?
- Égarez-vous vos effets personnels ?
- Dérangez-vous les autres quand ils sont occupés ?

Est-ce grave docteur?

Eh bien, si vous aviez la mauvaise idée d'aller consulter, après une interrogatoire serré, vous seriez diagnostiqué, selon votre interlocuteur, comme un adulte atteint de TDHA « [trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité](#) » ou comme le prototype de l'adulte normal postmoderne : un peu d'originalité, un peu de failles, un peu de créativité, un peu d'impulsivité, un peu de sens de l'initiative ! Vous vous reconnaissez ? et vous ne devez pas être le seul !

Si je vous ai gentiment mis sur le gril aujourd'hui, c'est parce que la Haute Autorité de Santé doit très prochainement publier ses recommandations sur ces fameux troubles qui font une irrésistible ascension chez les enfants mais aussi chez les adolescentes et les adultes, autrement dit nous tous. J'ose espérer que les experts adeptes du consensus auront eu le temps de lire « *Tous hyperactifs* » le livre que le psychiatre et psychanalyste Patrick Landman vient de publier aux éditions Albin Michel. J'ai bien conscience que nombre d'auditeurs pourraient trouver ce sujet trop spécialisé à moins de se sentir concerné. Mais en posant la question « le TDHA existe-t-il ? » l'auteur nous entraîne dans une réflexion beaucoup plus large et particulièrement accessible sur les enjeux actuels de la psychiatrie, ses liens avec les neurosciences et l'industrie pharmaceutique. Je précise que Patrick Landman ne défend aucune chapelle sinon l'intérêt des patients hyperactifs dont personne ne doute de l'existence, qu'il n'est hostile à aucune prise en charge y compris médicamenteuse à laquelle il lui arrive d'avoir recours et que les découvertes en neurosciences sont loin de lui être étrangères. Vous voyez, je prend des précautions car je ne voudrais en aucune cas semer le doute auprès des parents dont les enfants hyperactifs sont correctement pris en charge, ce qui est le plus souvent le cas en France.

Il n'empêche que nous ne sommes nullement à l'abri de l'épidémie qui sévit aux Etats-Unis, où les cas des enfants et des adolescents ont été multipliés par trois en vingt ans avec les prescriptions médicamenteuses qui vont avec. Cela traduit ET une prise de conscience ET un surdiagnostic dans un pays où les laboratoires pharmaceutiques s'adressent directement aux usagers par une publicité agressive vantant uniquement leurs mérites, jamais leurs échecs ni les conséquences à long terme en partie inconnues des prescriptions vantées surtout sur le cerveau des enfants.

Mais comment faire la part de ces deux composantes ?

C'est justement la démonstration de Patrick Landman, preuves à l'appui. D'abord en mettant en cause les critères du diagnostic qui repose sur un relevé de signes comportementaux non spécifiques qui ne cesse de s'élargir sans tenir aucun compte des facteurs psychiques et sociaux. Les facteurs de confusion sont donc très nombreux. Un exemple : plus un enfant est jeune, plus il a de chance d'entrer dans cette catégorie pour une immaturité banale qui évoluerait sans intervention. Autre exemple : les enfants dits « intellectuellement précoces », dérangeants car peu adaptés au système scolaire, sont plus souvent que les autres diagnostiqués hyperactifs.

Par ailleurs, il y a un lien évident entre l'augmentation des diagnostics et la mise sur le marché, dans les années 90, de nouveaux psychostimulants pour traiter le déficit de l'attention avec des bénéfices estimés à 10 milliards de dollars. Or, ni les marqueurs biologiques, ni la génétique, ni la psychologie neurocognitive n'apportent à ce jour la moindre preuve indiscutable de l'existence de ce trouble. Patrick Landman soulève le paradoxe suivant : l'intérêt des firmes serait qu'on ne trouve pas de marqueurs biologiques des maladies mentales pour rester dans une « zone grise » suffisamment scientifique pour donner une impression de sérieux tout en restant en attente de confirmation afin de permettre une souplesse du marketing. Or, toutes les maladies mentales sont aujourd'hui dans cette « zone grise ».

Il n'empêche, et nous avons tous l'expérience de la prescription d'un psychostimulant lorsqu'elle est vraiment nécessaire, qu'elle apporte un soulagement et qu'elle est associée à d'autres mesures. Pendant combien de temps et à quel prix ? Il est difficile de répondre à cette question bien légitime.

Et si l'hyperactivité passait tout simplement de mode comme cela se voit en psychiatrie? La perspective organiciste américaine a construit le TDHA comme une maladie du cerveau, elle peut tout aussi bien le défaire mais ne doutons pas que ce soit pour le remplacer...



<http://www.espritsciencemetaphysiques.com/la-non-conformite-et-la-libre-pensee-considerrees-comme-maladies-mentales.html>

La non-conformité et la libre-pensée: considérées comme maladies mentales

Par [Claire C.](#) | 28 février 2015



Est-ce que la non-conformité et la libre-pensée sont une maladie mentale ? [Selon la dernière édition](#) du DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) oui. Ce manuel identifie une nouvelle maladie mentale appelée « trouble oppositionnel avec provocation » ou TOP. Cette maladie est définie comme un « schéma continu de désobéissance, d'hostilité et de provocation » et les symptômes incluent la remise en question de l'autorité, la négativité, la

défiance, la contradiction, et le fait d'être facilement agacé.

Le DSM-IV est le manuel utilisé par les psychiatres pour diagnostiquer les maladies mentales, et à chaque nouvelle édition, il y a des dizaines de ces nouvelles maladies.

Sommes-nous en train de devenir de plus en plus malades ?

Est-ce qu'il devient plus difficile d'être en bonne santé mentale ?

Les auteurs du DSM-IV déclarent que c'est parce qu'ils sont plus à même d'identifier ces maladies aujourd'hui.

Les nouvelles maladies mentales identifiées par le DSM-IV incluent l'arrogance, le narcissisme, la créativité supérieure à la moyenne, le cynisme, et le comportement antisocial. Ce que nous appelions des traits de personnalité autrefois sont désormais des maladies mentales. Et il existe des traitements.

Au cours des 50 dernières années, le DSM-IV est passé de 130 à 357 de ces maladies. La majorité de ces maladies frappent les enfants. Bien que ce manuel soit un outil de diagnostic important pour l'industrie psychiatrique, il a également été responsable des changements sociaux. L'augmentation des TOP, des troubles bipolaires et des dépressions chez les enfants a été en grande partie à cause du manuel qui identifie certains comportements comme des symptômes. Un article du Washington Post a fait remarquer que, si Mozart était né aujourd'hui, il serait diagnostiqué avec un TOP et il serait médicamenté jusqu'à ce qu'il redevienne normal.

Selon le DSM-IV, les adultes peuvent souffrir des mêmes maladies que les enfants. Cela devrait donner une raison de s'inquiéter aux libres penseurs. L'Union Soviétique utilisait de nouvelles maladies mentales pour les répressions politiques. Les gens qui n'acceptaient pas les convictions du Parti communiste développaient une nouvelle forme de schizophrénie. Ils souffraient du délire de croire que le communisme n'était pas une bonne chose. Ils ont été isolés, médicamentés de force et ont subi une thérapie répressive pour les ramener à la raison.

Lorsque la dernière édition du DSM-IV a été publiée, l'identification de symptômes de diverses maladies mentales chez les enfants a entraîné une augmentation significative de la médication des enfants. Certains États ont même des lois qui permettent aux agences de protection de soigner de force, et ont même rendu le refus de prendre des médicaments passible d'amende ou d'emprisonnement.

Cela donne une image effrayante à tous ceux qui sont non-conformistes. Bien que les auteurs de ce manuel affirment ne pas avoir d'arrière-pensées, qualifier la libre-pensée et la non-conformité de maladie mentale est une bombe à retardement d'abus en tout genre. Cela peut facilement devenir une arme dans l'arsenal d'un État répressif.

L'effet placebo et les antidépresseurs



Des scientifiques soupçonnent actuellement que l'efficacité des antidépresseurs est attribuable à l'effet placebo.

(Québec) Le phénomène du placebo est rigoureusement prouvé scientifiquement. L'explication du succès de beaucoup d'approches en médecine, en psychologie et en religion est la suivante : quand on croit vraiment en quelque chose, cela a l'effet escompté. Dans une recherche

datant de plus de 30 ans (voir Sophie Desjardins, dans les références à la fin du texte), on a frotté le bras de 13 étudiants avec des feuilles d'arbre en leur faisant croire que ces feuilles provoqueraient une réaction allergique cutanée alors qu'elles étaient tout à fait inoffensives. Imaginez-vous que tous les étudiants ont eu une réaction allergique. Ce n'est pas tout. Dans un deuxième temps, on a frotté le bras de ces mêmes étudiants avec des feuilles ayant réellement des propriétés allergènes en faisant croire aux étudiants que ces feuilles étaient inoffensives. Résultat : seulement 2 étudiants sur les 13 ont réagi aux feuilles allergènes!

L'effet placebo est tellement efficace qu'on a même réussi des chirurgies cardiaques «placebos» aux États-Unis avant que des raisons d'éthique viennent l'interdire. On a fait une simple incision dans la peau de patients sous anesthésie pour leur faire croire qu'ils avaient subi un pontage coronarien. Et à la suite de cette opération, les patients ainsi bernés n'avaient plus de douleur à la poitrine, la qualité de leur vie était améliorée et leur tolérance à l'exercice telle que mesurée par un électrocardiogramme était renforcée! (voir Blair Justice, dans les références à la fin du texte).

Si vous êtes un fan du réputé scientifique David Suzuki et de son émission *The Nature of Things* télédiffusée depuis les années 60 à CBC, sachez que le 7 août 2014, le titre de l'émission était celui-ci : «Brain Magic: The Power of Placebo». On y voit des malades chroniques en rémission à la suite de l'effet placebo, des individus soulagés à l'eau parce qu'ils croient boire de l'alcool et des patients guéris de leurs genoux défectueux après une chirurgie placebo!

Or, on soupçonne actuellement que l'efficacité des antidépresseurs est attribuable à l'effet placebo. Des scientifiques comme Irving Kirsch, par exemple, sont très convaincants. Ce chercheur de la faculté de médecine de Harvard affirme : «Peu importe, donc, le médicament, qu'il diminue la sérotonine, qu'il l'augmente ou qu'il n'ait aucun effet sur elle, l'effet sur la dépression est le même.» (I. Kirsch, p. 395). Il va de soi que si la dépression était causée comme on le prétend par une déficience en sérotonine dans le cerveau, l'antidépresseur qui diminue la sérotonine aggraverait la dépression plutôt que de la diminuer. Mais ce qui est le plus révélateur, de toute façon, c'est l'ensemble des données sur les essais cliniques qui ne passent pas réellement le test d'une efficacité supérieure à l'effet placebo.

Mais certains affirment que si les antidépresseurs soulagent les déprimés, pourquoi les priver de cette solution? À cela Kirsch réplique avec justesse que le prix à payer est trop élevé si on considère les effets indésirables des antidépresseurs, qui sont nombreux. Les adultes courent un risque accru d'infarctus et de

décès. Les femmes enceintes sont plus exposées aux fausses couches. Et leurs enfants risquent d'être atteints d'autisme, de troubles cognitifs, de malformations congénitales, d'hypertension artérielle pulmonaire persistante et de troubles du comportement. Aussi, les antidépresseurs ont été associés à des idées suicidaires chez les enfants et les jeunes adultes. Le fonctionnement sexuel des adultes est souvent affecté. Plus de 70 % des patients vivent un dysfonctionnement sexuel avec certains antidépresseurs. Sans oublier la prise de poids ou la perte de poids à long terme, la nausée, la diarrhée et l'insomnie. (Ce qui est curieux par rapport à l'insomnie, c'est que 20 % des gens qui en souffrent aux États-Unis reçoivent une ordonnance d'antidépresseurs alors que l'insomnie est un effet secondaire fréquent des antidépresseurs.) Finalement, ce qui ajoute du poids à cette liste désolante, c'est que les antidépresseurs augmentent le risque de rechute après guérison!

Alors, n'est-ce pas une bonne idée de remplacer la confiance aveugle en un produit chimique par la confiance en notre organisme, qui aura la sagesse de rétablir la bonne humeur à la suite de la rectification de pensées, d'attitudes et de comportements?

Références :

S. DESJARDINS. «La recherche le dit», Psychologie Québec, vol. 16, no 6, novembre 1999.

B. JUSTICE. Who Gets Sick, Los Angeles, Jeremy P. Tarcher, 1987

I. KIRSCH. «Les antidépresseurs : un mythe s'effondre», dans M. Borch-Jacobsen, *La vérité sur les médicaments*, Paris, Gallimard, 2013-2014.

LE DEVOIR

LIBRE DE PENSER

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/411878/le-dsm-5-une-maladie-de-societe>

Le DSM-5, une maladie de société

26 juin 2014 | [Santé](#) - Doris Provencher - *Directrice générale de l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec* et David-Alexandre Grisé - *Conseiller Collectif de défense des droits de la Montérégie*

Le 22 mai dernier marquait le premier anniversaire de la sortie de la 5e édition du *Diagnostic and Statistical Manual*, communément dénommé DSM-5. Le dernier joyau de l'American Psychiatric Association nous a été proposé sur un fond de controverse qui perdure à ce jour.

Le DSM permet de développer un langage commun entre les divers cliniciens voulant offrir de l'aide à autant de personnes en souffrance. Cependant, puisque la médecine psychiatrique ne se fonde aucunement sur des marqueurs biologiques, le contenu de ce manuel n'est que pure construction consensuelle. La psychiatrie moderne trouve pourtant ses lettres de noblesse à travers cet outil fort prisé. Nous avons ainsi assisté, d'édition en édition, à une augmentation significative du nombre de diagnostics (passant de 60 à près de 350 à ce jour). Sous l'égide de la prévention, de la sécurité, mais surtout du contrôle social, cette nouvelle hausse porte en elle des risques de surdiagnostic et de diagnostic erroné. Ces risques ne sont pas sans conséquence. Ils peuvent avoir des impacts directs sur la santé physique des personnes, toute médication psychotrope ayant

des effets secondaires, parfois importants et irréversibles. Il ne faut jamais sous-estimer les difficultés de se défaire de tels diagnostics, car ils vous marquent bien souvent au fer rouge pour la vie. De nouveaux enjeux touchent maintenant à la jeunesse qui se trouve plus que jamais sous la loupe des spécialistes.

Qui plus est, certains psychiatres et psychologues critiquent cette édition en évoquant le flou de certains critères issus de cet ouvrage et les qualifient de trop larges, ce qui conduirait à une inflation de diagnostics. Cette 5e édition se distingue aussi par une nouvelle approche dimensionnelle. Autrement dit, elle suggère une évaluation de l'intensité des symptômes présentés. Les perspectives sont maintenant décuplées ! Au final, c'est tout l'univers du normal et du pathologique qui vient de se dissoudre à travers ce magma informe, au point de se poser la question : qui peut être normal ?

On reproche aussi au DSM-5 de psychiatriser des réactions psychologiques tout à fait normales (par exemple, le deuil et la timidité). Face à ces nouveaux diagnostics... de nouveaux traitements ! Les détracteurs du DSM ont depuis longtemps démontré les liens entre les sociétés pharmaceutiques et les quelque 140 individus ayant participé à l'élaboration de ce dernier manuel. Le DSM, qui est le Graal de ces entreprises, en profite largement et son pouvoir est sans équivoque, car il est l'outil de référence par excellence non seulement des médecins, mais aussi des assureurs, des écoles et des autorités étatiques.

Ainsi, à l'instar de cet énorme pouvoir référentiel, le DSM arrive à nous faire prendre les moyens pour des fins et vice-versa, à dégager de nouveaux symptômes afin d'y accoler de nouveaux diagnostics. Mais ne vous méprenez pas, le traitement pharmacologique n'est jamais bien loin ! À nouveau, on mélange tout et on psychiatrise tout. Le plan d'affaires est pourtant clair et net...

Il faut se poser des questions sur l'apport d'un tel livre, puisqu'il nous renvoie une image extrêmement négative de l'humanité en y accolant une image de cet « être humain moyen », qu'on peut décrire comme sans vie, sans culture et sans histoire. C'est l'être humain de la statistique. Un être imaginaire, un « cas de figure » qui traduit une vision normalisée, aseptisée, sans emprise sur le réel. On médicalise ainsi les problèmes de notre société. De cette société, malade de ses valeurs, imbibée des termes psychologiques et elle-même de moins en moins tolérante envers la différence. La nouvelle norme est celle du « tout pathogène » qui évacue les possibilités d'épanouissement. Le Conseil médical du Canada et d'autres ordres professionnels sont depuis en plein travail afin de favoriser la transition entre les versions 4 et 5 de ce manuel. Dans ce nouveau monde totalitaire, il n'est pas étrange de voir autant s'arrimer des intérêts publics à ceux des corporations professionnelles et des entreprises privées...

Pour l'avenir de notre société et celui de notre mieux-être, nous aurons à veiller aux effets possibles de la création de ces nouvelles catégories ou diagnostics issus du DSM-5. Nous aurons aussi à mettre en évidence l'évolution sociale qui s'opère depuis déjà quelques années en Occident et la façon dont cet ouvrage influencera notre perception de la santé mentale.

Santé mentale: moins d'empathie avec une explication biologique plutôt que psychologique

Psychomédia - Publié le 8 décembre 2014



Les explications biologiques pour les problèmes de santé mentale suscitent moins d'empathie que les explications psychologiques chez les professionnels tels que les psychiatres, les psychologues et les travailleurs sociaux, selon une étude publiée dans la revue *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS).

Ce qui va à l'encontre de la croyance largement répandue selon laquelle les explications biologiques pour les symptômes psychiatriques devraient aider à diminuer le blâme envers la personne et entraîner la compassion.

Matthew Lebowitz et Woo-kyoung Ahn du département de psychologie de l'Université Yale et ses collègues ont demandé à 343 cliniciens de lire des vignettes décrivant des patients fictifs atteints de phobie sociale, schizophrénie, dépression et trouble obsessionnel-compulsif. Les descriptions de cas étaient accompagnées d'explications basées entièrement ou partiellement sur la génétique et la neurobiologie ou sur les expériences de l'enfance et les circonstances stressantes de la vie.

Par exemple, l'explication biologique pour la grande timidité d'un étudiant indiquait que sa mère et son frère étaient aussi timides et qu'un technicien en IRM avait constaté qu'une partie du cerveau impliquée dans la crainte était plus active que la normale. L'explication psychosociale offrait plutôt des détails de son histoire tels que l'intimidation dans l'enfance.

Les cliniciens avaient tendance à exprimer moins d'empathie et de compassion pour les patients dont les symptômes étaient présentés avec une explication utilisant des facteurs biologiques. Ils avaient aussi tendance à considérer que la psychothérapie était moins susceptible d'être efficace.

Ces résultats sont consistants avec des recherches précédentes qui ont suggéré que des comptes-rendus biologiques de la psychopathologie peuvent exacerber la perception des patients comme étant anormaux, différents du reste de la population et gouvernés par des anomalies biologiques plutôt que par leur libre arbitre humain. Ils peuvent avoir un effet déshumanisant en réduisant les gens à de simples mécanismes biologiques.

Il est important de ne pas perdre de vue, soulignent les chercheurs, que les conditions de santé mentale résultent d'une interaction entre des facteurs psychologiques et des facteurs biologiques.

En effet, les mécanismes cérébraux liés à des conditions de santé mentale sont souvent interprétés à tort comme jouant un rôle causal alors que le vécu psychologique influence aussi la biologie.

Prescription de médicaments psychotropes: un effet de mode ?

Posté par [Adrien](#) le Mardi 25/11/2014



On constate aujourd'hui, en Amérique du Nord, que les médicaments psychotropes tels que les antidépresseurs, les psychostimulants, les anxiolytiques et les antipsychotiques sont de plus en plus prescrits.

Selon la sociologue et historienne Johanne Collin, professeure à la [Faculté de pharmacie](#) de l'[Université de Montréal](#), cette hausse de la prescription s'explique en partie par les raisonnements des médecins. Dans un récent article, elle établit un parallèle entre les dilemmes auxquels la [médecine](#) faisait face au XIXe [siècle](#) et ceux qui ont cours dans le [champ](#) de la [santé mentale](#).

" On observe une augmentation du [nombre](#) de personnes qui reçoivent une ordonnance de médicaments psychotropes ainsi qu'une propension de plus en plus importante à prescrire plusieurs médicaments psychotropes à un même [patient](#). De plus en plus d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes sont sous médication [psychotrope](#), et se voient de plus en plus souvent prescrire plus d'un [médicament](#) psychotrope à la fois ", indique Mme Collin. Ce phénomène est-il attribuable à un manque de connaissance des médecins sur les médicaments ? À l'influence exercée par l'[industrie pharmaceutique](#), ou bien encore à la demande des patients qui veulent obtenir une ordonnance ? S'agit-il d'un effet de modes lorsque de nouveaux médicaments sont mis sur le marché ? " Si tous ces facteurs externes ne sont pas à exclure pour expliquer la hausse de la prescription, il faut également prendre en compte les raisonnements des médecins, car ces derniers ne prescrivent pas simplement sous l'influence de facteurs extérieurs ", poursuit-elle.

À partir d'une généalogie des pratiques de prescription des médecins dans le domaine de la [santé](#) mentale, la chercheuse montre qu'on retrouve aujourd'hui les tensions qui existaient déjà au XIXe siècle dans le raisonnement clinique, entre la prise en compte de la spécificité du patient et l'universalisme de la [maladie](#) et des traitements.

Elle rappelle ainsi que, pendant une bonne partie du XIXe siècle, les médecins fondaient leur approche diagnostique et [thérapeutique](#) sur la spécificité du patient et non sur celle de la maladie. En d'autres termes, ils considéraient que le patient était unique, quelle que soit sa maladie et que son traitement devait en conséquence être élaboré "sur mesure". Pour Mme Collin, le parallèle est frappant avec la [psychiatrie](#) depuis le milieu du XXe siècle. " L'approche psychanalytique qui dominait alors postulait que ce qui se passait dans la tête des patients devait être abordé en fonction de la spécificité et du vécu de la personne. La psychiatrie était alors dominée par le primat de la spécificité du patient. Avec l'essor de la psychopharmacologie moderne dans les années 1950 et la découverte des premiers antidépresseurs et antipsychotiques, on considèrera progressivement que ce qui se passe dans le [cerveau](#) est [physique](#) et biologique; passant ainsi de la spécificité

du patient à celle de la [maladie mentale](#), quels que soient le patient et les circonstances du déclenchement et de l'évolution de sa maladie. C'est le primat de l'universalisme de la maladie mentale et de la standardisation des diagnostics et des traitements médicamenteux qui devient dominant en santé mentale.", indique-t-elle.

Concernant le traitement de la dépression aujourd'hui, Mme Collin note qu'environ 80% des antidépresseurs sont prescrits par les médecins de famille. Selon elle, leur processus de raisonnement ressemble à la façon dont leurs confrères abordaient leur patient au XIXe siècle, prenant avant [tout](#) en compte la perception qu'ils ont de leur patient, de leur vécu, de leur spécificité. " On est devant un phénomène de société où des gens se présentent chez le [médecin](#) car ils ne vont pas bien pour toutes sortes de raisons, mais il n'est bien souvent pas question de maladie mentale. Les médecins procèdent alors par essai-erreur et ils ont devant eux un [outil](#) qui pourrait peut-être fonctionner, l'[antidépresseur](#), qui devient une sorte de [panacée](#). L'accroissement de la prescription tient en partie à ça ", indique Mme Collin.

Les psychiatres gèrent, quant à eux, des troubles plus complexes, comme l'[autisme](#). Bien que dans ce cas, les pratiques de prescription soient basées sur un raisonnement clinique complexe, Johanne Collin montre que leurs stratégies thérapeutiques sont dirigées contre des symptômes spécifiques et non pas contre les maladies mentales en tant qu'entités distinctes. " Comme c'est le cas en médecine à la fin du XIXe siècle, ils prescrivent à la pièce, tentent de calibrer et de contrer un [ensemble](#) de symptômes physiques avec un ensemble de médicaments" explique la chercheuse.

Mme Collin met en avant une forte [tension](#) entre la réalité de la pratique des médecins et psychiatres, et une demande de standardisation, symbolisée par le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM). Le DSM constitue une nomenclature des problèmes de santé mentale en établissant des critères à partir desquels les problèmes de santé mentale peuvent être diagnostiqués. Depuis 1980, les éditions successives du DSM évacuent la prise en compte du vécu du patient dans l'établissement du diagnostic et abaissent les critères et les seuils à partir desquels on considère qu'une personne est atteinte d'un problème de santé mentale.

" D'un côté, on est dans une ramification sans fin avec le DSM qui vise à standardiser les pratiques diagnostiques et thérapeutiques et, de l'autre, on est devant un patient entier. Ce qui dit les médecins, c'est que le DSM ne correspond pas à la vraie pratique. Ils sont pris en tension entre ce désir de considérer le patient comme un [individu](#) spécifique, pour lui trouver un traitement sur mesure, et la nécessité d'avoir des pratiques standardisées, explique Mme Collin. Il semble bien que le souhait d'avoir une psychiatrie fondée sur une sorte d'universalisme soit éloigné de la réalité des médecins et psychiatres, qui insistent sur la nécessité d'une approche globale articulant les [dimensions](#) bio-psycho-sociales du patient ", conclut-elle.

À propos de cette étude :

Johanne Collin a publié l'essai *Universal cures for idiosyncratic illnesses : a genealogy of therapeutic reasoning in the mental health field* dans la revue *Health* le 18 août 2014 (version web). Cette étude a bénéficié de financements des [Instituts de recherche](#) en santé du Canada.

Rapport de l'OCDE sur les maladies mentales

Une dépression sur deux n'est pas traitée correctement

par [Léa Surugue](#) - Publié le 19.07.2014

Dans les pays développés, 1 personne sur 2 risque de développer une maladie mentale au cours de sa vie.

Or, selon un récent rapport de l'OCDE, celles-ci ne sont pas suffisamment bien prises en charge.



Dans les pays de OCDE, pas assez de moyens pour la santé mentale, et des conséquences économiques potentiellement désastreuses. C'est du moins ce qu'affirme la [dernière étude parue sur le sujet](#) et publiée par l'Organisation. Alors qu'une personne sur deux risque de développer une maladie mentale au cours de sa vie, elle dénonce une mauvaise prise en charge qui pourrait avoir

un coût non négligeable pour l'économie.

Près de 20 % de la population affectée

Selon les dernières données, 5 % de la population serait atteinte d'une maladie mentale sévère, 15 % d'une maladie mentale plus commune. Des chiffres alarmants, d'autant qu'une bonne partie de ces malades ne sont pas soignés correctement. Ainsi, jusqu'à 56 % des cas de dépression ne recevraient pas les traitements adéquats, et jusqu'à 32 % pour la schizophrénie. Pour l'OCDE, c'est une situation intenable et coûteuse pour l'ensemble de l'économie.

La crise économique responsable

Problème : la crise économique a réduit les budgets alloués à la santé et à la recherche. Les fonds prévus pour la lutte contre les maladies mentales ne représentent aujourd'hui qu'entre 5 et 18 % de ce budget. Pourtant, depuis 2008, les états n'ont fait que des économies négligeables en ce qui concerne le secteur de la santé mentale, car le coût des soins peut représenter jusqu'à 4 % de leur PIB.

Pour ne rien arranger, la crise s'est accompagnée d'une augmentation de ces maladies au sein des populations, en raison de la montée du chômage et de la dégradation des conditions de vie. Et c'est un cercle vicieux, car les personnes atteintes de troubles mentaux graves auraient 6 à 7 fois plus de risque d'être sans emploi. Il a donc urgence.

L'OCDE recommande de nouvelles mesures, mieux ciblées et plus axées sur la prévention des maladies mentales. Les pays nordiques, les bons élèves du rapport, pourraient servir de modèle aux autres pays membres de l'OCDE. Il s'agit, par exemple, de mieux prendre en charge les plus jeunes, qui avec la crise, sont de plus en plus affectés, ou de mettre à disposition du public des informations de meilleure qualité sur les conséquences du non traitement de ces pathologies.

SECTION 2 - Jeunes et santé mentale

LE DEVOIR

LIBRE DE PENSER

<http://fr.sott.net/article/26288-Le-TDAH-ou-la-psychiatisation-des-problemes-sociaux-pedagogiques-et-educatifs>

Le TDAH ou la psychiatisation des problèmes sociaux, pédagogiques et éducatifs

Louis Cornellier – Le Devoir – 29 août 2015

Un médecin français se livre à une critique radicale de ce trouble, qu'il qualifie de « fiction ».

La rentrée scolaire, à notre époque, prend aussi des allures de rentrée médicale. Dans quelques jours, en effet, les enseignants recevront, avec leurs listes de classe, la liste de leurs élèves ayant reçu un diagnostic. Selon des données du ministère de l'Éducation du Québec, un élève sur cinq doit être considéré comme handicapé ou affecté d'un problème d'apprentissage ou d'adaptation. Aujourd'hui, un élève qui éprouve des difficultés scolaires n'est pas un cancre, c'est un malade. Faut-il voir un progrès dans ce changement de paradigme ? On peut en douter.

À ce stade, je préfère vous prévenir : cette chronique risque de ne pas faire votre affaire, parce qu'elle s'en prend à un tabou, celui de la pertinence et de la crédibilité des diagnostics liés aux difficultés scolaires. En 2012, dans son excellent essai *L'imposture de la maladie mentale* (Liber), Alain Bachand contestait notamment la valeur du diagnostic de TDAH (trouble de déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité). Ce trouble, écrivait-il en se fondant sur plusieurs études sérieuses, n'a, pour le moment, pas de causes biologiques identifiables, et son traitement par le Ritalin ne donne pas de résultats probants. Bachand lui attribue plutôt des causes sociales ou psychiques et rejette sa médicalisation. Ce livre n'a toutefois pas eu le retentissement qu'il méritait, peut-être parce que son auteur, fonctionnaire, ne pouvait revendiquer le statut de spécialiste médical.

Une discussion légitime

La contestation de la valeur du diagnostic de TDAH, de plus, n'est vraiment pas au goût du jour. En 2002, une déclaration de plus de 80 chercheurs et cliniciens du monde entier affirmait que refuser de considérer le TDAH comme une pathologie mentale équivalait à « déclarer que la Terre est plate, les lois de la gravité contestables et le tableau périodique des éléments une fraude ». En d'autres termes, d'un point de vue scientifique, il n'y avait pas de discussion possible.

Or, certains scientifiques, parmi les meilleurs, croient au contraire que cette discussion doit avoir lieu. C'est le cas du Dr Patrick Landman, psychiatre et psychanalyste français qui signe *Tous hyperactifs ?*, une critique radicale de la valeur du diagnostic de TDAH, et de son préfacier, le psychiatre américain Allen Frances. Ce dernier, en effet, dénonce le surdiagnostic (11 % des enfants américains de 4 à 17 ans et 20 % des ados de sexe masculin) et **le surtraitement du TDAH, qu'il présente comme « un effet de mode », nourri par l'industrie pharmaceutique et les médecins.** On a transformé « l'immaturation banale à un âge donné en un trouble psychiatrique », écrit-il. Dans deux semaines, le philosophe Jean-Claude St-Onge défendra aussi cette thèse dans *Pour en finir avec le dopage des enfants*, aux éditions Écosociété.

Landman, dont l'ouvrage est une magistrale leçon de méthode scientifique appliquée à la psychiatrie, ne reconnaît donc pas la valeur du diagnostic de TDAH. Ce trouble, tel qu'il est défini actuellement, « n'existe pas ». On ne lui connaît aucun marqueur biologique, les symptômes qui lui sont associés (concentration faible, distraction, impulsivité et hyperactivité) ne lui sont pas spécifiques et les hypothèses neuropsychologiques qui servent à le fonder échouent au test de la scientificité. « Le TDAH, assène Landman, est une fausse maladie et les médicaments psychostimulants ne sont pas le traitement de cette fausse maladie. »

Une fiction

Les gens hyperactifs ou impulsifs, les personnes qui éprouvent des troubles de la concentration existent bel et bien, écrit Landman, mais « le fourre-tout du TDAH » est une fiction qui nous entraîne sur de mauvaises pistes de solution, en contribuant « à psychiatriser des problèmes sociaux, pédagogiques et éducatifs ». Critique dévastatrice de l'obsession du profit des firmes pharmaceutiques, des dérives de la psychiatrie, des prétentions scientifiques de la neuro-imagerie et de notre propension à nous déculpabiliser en attribuant les difficultés de nos enfants à des causes biologiques, cet essai est un salutaire pavé jeté dans la mare de la mauvaise science.



<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201503/08/01-4850438-ritalin-la-consommation-atteint-des-records-au-quebec.php>

Ritalin: la consommation atteint des records au Québec

La Presse - 09 mars 2015 - [Philippe Mercure](#)

La consommation de Ritalin et des autres médicaments contre le trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) poursuit sa hausse au Québec. Le nombre de comprimés avalés en 2014 a grimpé de 12 % par rapport à 2013, et la province demeure la championne canadienne de la consommation de ce type de médicament.

Au moment où certains intervenants s'inquiètent d'un possible surdiagnostic de TDAH au Québec, le Collège des médecins a fait part de ses préoccupations par rapport aux nouvelles statistiques de consommation. « Nous avons déjà dit être préoccupés par les nombreux diagnostics de TDAH, et nous sommes aussi préoccupés par l'augmentation du nombre de prescriptions de Ritalin », a dit Leslie Labranche, porte-parole du Collège des médecins.

Le Collège des médecins demandera à ses membres de « réviser les lignes directrices, tant au niveau du diagnostic du TDAH que de la médication qui lui est associée » dans la prochaine édition de son bulletin d'information, qui sera diffusé en avril.

« On veut que les médecins soient mieux outillés pour faire leurs diagnostics », a expliqué Mme Labranche.

Le mois dernier, *La Presse* a fait état d'une explosion de diagnostics comme la dyslexie et le TDAH au Québec. Le chercheur Julien Prud'homme, du Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie, avait alors affirmé que le nombre de cas est dopé par la formule de financement des écoles, qui reçoivent de l'aide ou des fonds supplémentaires pour les élèves «à risque». M. Prud'homme parlait d'une «médicalisation de l'échec scolaire» au Québec.

Selon les chiffres de l'entreprise IMS Brogan, 61,39 millions de comprimés contre le TDAH ont été distribués dans les pharmacies québécoises l'an dernier, en hausse de 12% par rapport à 2013. Depuis cinq ans, le nombre de comprimés distribués au Québec a bondi de 56%.

La Régie de l'assurance maladie du Québec, qui rembourse les médicaments aux patients qui ne sont pas couverts par une assurance privée, observe la même tendance. L'an dernier, l'agence a remboursé des médicaments contre le TDAH à 64 176 patients, une hausse de 11% par rapport à l'an dernier et de 52% depuis 5 ans.

Le Québec est la province canadienne où l'on consomme le plus de médicaments contre le TDAH. Anne-Marie Goyette, pédiatre du développement et du comportement à l'Hôpital de Montréal pour enfants, juge cependant que la consommation de Ritalin et des autres médicaments similaires n'est pas excessive au Québec, considérant que le TDAH touche environ 6% des enfants, selon les études. «Je ne pense pas qu'on surmédicamente nos enfants», tranche-t-elle.

La spécialiste estime que la médication est nécessaire pour tous les cas de TDAH. Elle admet cependant que la médication est souvent perçue comme une solution magique qui règlera tous les autres problèmes des enfants. «Le TDAH vient souvent avec d'autres problèmes comme un trouble d'apprentissage, un trouble de langage ou un problème d'anxiété, dit-elle. Or, ce n'est pas une pilule qui va régler ces conditions. Les interventions comportementales sont essentielles, et on a un manque de ressources à ce niveau.»

Et si votre enfant consommait du Ritalin pour rien?

S'il y a bel et bien surdiagnostic du TDAH au Québec, cela signifierait que des enfants consomment des médicaments comme le Ritalin pour rien. Quelles en sont les conséquences? «La chose la plus importante est qu'on ne règle pas le problème de base de l'enfant. Parce que si on a consulté, c'est sûrement qu'il y avait un problème à la base», répond Anne-Marie Goyette, pédiatre du développement et du comportement à l'Hôpital de Montréal pour enfants.

Même un enfant qui ne souffre pas de TDAH verra sa capacité de concentration augmenter s'il prend des médicaments. Mais il risque aussi d'en subir les effets secondaires. Les principaux sont une perte d'appétit, particulièrement lors du repas du midi, et la difficulté à s'endormir le soir. À long terme, le manque d'appétit et le manque de sommeil peuvent avoir leurs propres conséquences néfastes sur le développement de l'enfant.

Des effets comme l'irritabilité, les douleurs abdominales et l'augmentation du rythme cardiaque sont parfois observés, mais ils sont plus rares et on peut généralement les atténuer en ajustant les doses.

Les études montrent que les médicaments contre le TDAH ne causent pas de dépendance. Un enfant qui n'en a pas besoin, qui en prend et qui cesse sa consommation ne devrait rien ressentir de particulier au moment de ranger ses pilules.

Comment fonctionne le Ritalin

La molécule active du Ritalin et des autres médicaments similaires est le méthylphénidate, un psychostimulant. Il agit dans le cerveau sur la dopamine et la norépinéphrine, deux neurotransmetteurs qui font circuler l'information entre les neurones. Le méthylphénidate empêche la recapture de ces deux neurotransmetteurs. La dopamine et la norépinéphrine demeurent donc plus longtemps entre les neurones, ce qui augmente le niveau d'alerte et de concentration du patient.



<http://www.lapresse.ca/debats/chroniques/rima-elkouri/201502/18/01-4845146-mauvais-etiquetage-vrais-naufrages.php>

Mauvais étiquetage, vrais naufrages

La Presse – 19 février 2015 - [Rima Elkouri](#)

Quand un élève sur trois est considéré comme «à problème», se pourrait-il que nous ayons un problème d'étiquetage? Je me suis posé la question en lisant le reportage de ma collègue Louise Leduc sur les enfants-étiquettes. Les statistiques du ministère de l'Éducation sont frappantes: un élève sur cinq - voire près de un sur trois dans certaines commissions scolaires - est considéré comme handicapé ou ayant une difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA). Ça commence à faire beaucoup de monde avec une étiquette. Ce qui choque davantage, c'est que des élèves ayant réellement besoin d'aide peinent à obtenir les services auxquels ils ont droit.

Surdiagnostic d'un côté. Manque criant de services de l'autre. Quelque chose ne tourne pas rond dans le monde de l'adaptation scolaire.

La présidente de l'Ordre des psychologues du Québec, Rose-Marie Charest, a raison de dénoncer cette école à deux vitesses. En principe, l'école devrait favoriser l'égalité des chances. Dans les faits, il semble que certains soient plus égaux que d'autres... L'écart se creuse d'autant plus si l'enfant a besoin d'un diagnostic rapide lui permettant de recevoir des services adaptés à l'école. À cause de la pénurie de ressources professionnelles dans le milieu scolaire, des parents n'ont souvent pas d'autre choix que de se tourner vers des cliniques privées pour déterminer la nature du problème de leur enfant. Résultat: si les parents n'ont pas les moyens de déboursier plusieurs centaines de dollars pour obtenir des services au privé, l'enfant risque trop souvent de se retrouver dans le camp des laissés-pour-compte du système d'éducation.

Nous voilà donc devant une situation absurde. À gauche, des élèves à qui on colle une étiquette trop vite; à droite, des élèves que l'on n'aide ni assez vite ni assez bien. Et devant nous, au bout du chemin cahoteux, des résultats désastreux: à peine un élève handicapé ou en difficulté sur quatre obtient son diplôme d'études secondaires.

On pourrait bien sûr attribuer l'augmentation exponentielle des «étiquettes» à un raffinement du dépistage, à des efforts accrus de prévention et à une volonté d'offrir les services adéquats aux élèves qui en ont besoin. On étiquette pour obtenir des budgets qui, dans le meilleur des cas, permettront d'offrir des services adaptés aux enfants qui en ont besoin. L'ennui, observent des experts cités par Louise Leduc, c'est que, trop souvent, on distribue des diagnostics à la va-vite en tournant les coins rond. Certaines cliniques privées, qu'on peut soupçonner d'exploiter les inquiétudes de parents qui veulent bien faire, prétendent que jusqu'à 15% des élèves seraient dyslexiques. «Or, la recherche, elle, parle plutôt de 3 à 6%», rappelle la doyenne de la faculté des sciences de l'éducation à l'Université du Québec à Montréal, Monique Brodeur. Même surenchère avec le trouble de l'attention avec hyperactivité (TDAH), trop souvent surdiagnostiqué, ordonnance de Ritalin incluse.

Notre époque n'a rien inventé. Comme le raconte le sociologue André Turmel, auteur du livre *Une sociologie historique de l'enfance* (Presses de l'Université Laval, 2013), la catégorisation des enfants utilisée comme outil de gestion dans les écoles existe depuis plus d'un siècle. On la voit apparaître pour la première fois en France quand le ministère de l'Éducation demande au savant Alfred Binet de produire un test pour classer les écoliers. Il s'agit de repérer ceux qu'on appelait alors les «irrécupérables» et les «attardés». En 1905, le Ministère fait passer le test à l'ensemble des élèves français du primaire. Résultat: 58% des élèves sont classés «anormaux» ! C'est dire comment un outil de classification peut être parfois pire que le mal qu'il entend combattre. Imaginez le choc des parents...

Aujourd'hui, on ne parle plus d'enfants «anormaux» ni de «mésadaptés socioaffectifs», une catégorie à la mode au Québec dans les années 80. Mais quand on voit que 30% des élèves dans certaines commissions scolaires tombent dans la catégorie HDAA et que seulement le quart d'entre eux finissent par obtenir un diplôme d'études secondaires, on peut se demander si la vaste opération d'étiquetage leur rend vraiment service ou ne sert qu'à justifier de trop nombreux naufrages.

Cela dit, le surdiagnostic ne devrait en aucun cas servir de prétexte à réduire davantage les services aux élèves en difficulté, qui peinent trop souvent à recevoir l'aide dont ils ont besoin. Mieux adapter les services, oui. Les abolir, non. Comme l'a reconnu la Cour suprême en 2012, en ordonnant à une commission scolaire de rembourser l'école privée d'un élève atteint de dyslexie grave, les services d'éducation spécialisée ne sont pas un luxe dans une saine démocratie. Ce n'est pas parce qu'une minorité d'élèves en bénéficient qu'on peut les supprimer en premier. D'autant qu'un naufrage évité coûte moins cher à l'État qu'une vie de naufragé. Voilà une mise en garde que les autorités scolaires devront garder à l'esprit en ces temps d'austérité imposée.



<http://www.lapresse.ca/actualites/education/201502/18/01-4845437-course-aux-diagnostics-dans-les-commissions-scolaires.php>

« Course » aux diagnostics dans les commissions scolaires

La Presse - 19 février 2015 - [Tommy Chouinard](#)

(Québec) Les commissions scolaires se livrent à une «course» pour obtenir des diagnostics d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA) et ainsi toucher plus de subventions. C'est ce qui explique en partie l'explosion du nombre de diagnostics, estime Québec.

Le gouvernement Couillard entend par conséquent revoir les modalités du financement des services destinés aux EHDAA, a appris *La Presse*.

Le ministre de l'Éducation, Yves Bolduc, reconnaît du bout des lèvres un certain surdiagnostic, phénomène mis en lumière par des spécialistes dans un dossier paru dans *La Presse*, hier. «L'article faisait mention que, dans certains cas, peut-être qu'il y a du surdiagnostic. Moi, je crois qu'il y a plusieurs enfants qui ont vraiment les bons diagnostics, mais il faut les évaluer comme il faut. Puis il faut s'assurer aussi qu'ils reçoivent les services essentiels», a-t-il affirmé à l'Assemblée nationale, hier.

Hausses importantes

L'an dernier, on dénombrait 179 656 EHDAA dans les écoles du Québec, selon les plus récentes statistiques du ministère de l'Éducation. C'est une hausse de 53% en 10 ans. L'augmentation dépasse 100% dans le cas des élèves handicapés, qui sont 37 000 sur les bancs d'école à l'heure actuelle.

Les EHDAA représentent maintenant 20% de tous les élèves, contre 12% il y a 10 ans.

Le financement des EHDAA s'élevait à 2,1 milliards de dollars en 2012-2013, deux fois plus qu'au début des années 2000. «Il y a eu beaucoup d'investissement au cours des dernières années. Et on reconnaît qu'on devra en faire plus. On va y aller selon les capacités du gouvernement à payer», a indiqué Yves Bolduc.

Selon un document obtenu par *La Presse*, Québec veut procéder à une «révision des modalités» du financement concernant les EHDAA.

Davantage de subventions

Pour chaque EHDAA qu'elle déclare, une commission scolaire reçoit une allocation de base qui varie de 10 000\$ à un peu plus de 18 000\$, selon le handicap identifié par un «code de difficulté». Cette allocation est de 5000\$ pour un élève régulier.

Or, dans un document qui a été produit par le gouvernement et qui circule à la Commission de révision permanente des programmes, Québec affirme que les commissions scolaires cherchent à obtenir des diagnostics afin de recevoir plus de subventions.

«Le fait que le financement pour un élève handicapé soit supérieur à celui pour un élève régulier pousse certaines commissions scolaires à organiser leurs services en fonction du code reconnu au lieu de le faire en fonction des besoins et capacités des élèves. On assiste alors à une certaine "course aux codes" afin d'obtenir du financement supplémentaire, ce qui pourrait expliquer, en partie, l'augmentation continue du nombre d'élèves déclarés handicapés et de leur part relative au sein de l'effectif scolaire», peut-on lire dans un document obtenu par *La Presse*.

Inquiétudes

Québec est perplexe sur l'explosion du nombre de diagnostics. Yasmine Abdelfadel, attachée de presse du ministre Bolduc, déclarait d'ailleurs à *La Presse* qu'«on espère que ces chiffres renvoient à des besoins réels d'enfants nécessitant une aide particulière, et non pas à des considérations administratives ou financières».

Le ministère de l'Éducation vérifie chaque année si les codes déclarés sont conformes aux règles. Un dossier par nouvel élève diagnostiqué doit être créé. En 2012-2013, 8600 des 37 000 codes déclarés ont été validés. Mais selon Québec, ce processus est devenu trop lourd pour les écoles, les commissions scolaires et le

Ministère. «Bien qu'aucune analyse approfondie ne fût réalisée, il s'avère qu'environ 40% du temps de travail des spécialistes en adaptation scolaire servirait à des tâches administratives», lit-on dans le document obtenu par *La Presse*.

La validation était réalisée jusqu'ici par les directions régionales du Ministère. Or le gouvernement Couillard vient tout juste de les abolir. Il doit donc revoir ses façons de faire.

«Le but n'est pas de remettre en question le niveau de financement des élèves handicapés, mais plutôt d'accroître l'efficacité de l'organisation des services en concentrant les efforts sur les services directs aux élèves, précise le document. Un nouveau mode de financement devrait également permettre de mettre fin au piège de la course aux codes.» On y parle d'«économies potentielles». «La révision des modalités de financement des EHDAA permettrait aussi de limiter la croissance des coûts associés actuellement observée. Ces économies ne seraient effectives qu'à compter de l'année scolaire 2015-2016», indique-t-on.

Le TDAH, une maladie biologique?

<http://arime.ca/?p=90>

[Jean-Claude St-Onge - 17 novembre 2015](#)

Premier d'une série de cinq billets de blog issus de l'ouvrage [TDAH ?](#) de Jean-Claude St-Onge, Éditions Écosociété, 2015. J.-Claude St-Onge est professeur de philosophie à la retraite et docteur en socioéconomie. Il a publié, chez Écosociété, *L'imposture néolibérale* (2000), *Les dérives de l'industrie de la santé* (2006), *L'envers de la pilule* (2008) et *Tous fous ? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie* (2013).

Le TDAH figure au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), qu'on appelle la «bible» des psychiatres ; c'est le diagnostic pédiatrique le plus controversé de la littérature médicale.

Selon les Centres de contrôle et de prévention des maladies des États-Unis, 14% des récipiendaires du diagnostic éprouveraient des symptômes sévères qui peuvent bouleverser la vie des enfants et de leur famille, et entraîner des souffrances considérables.

L'inattention, l'impulsivité et l'hyperactivité sont des réalités. La controverse se situe ailleurs. Ces comportements sont-ils nécessairement le reflet d'une pathologie? Résultent-ils d'une maladie mentale? Existe-t-il des preuves qu'il s'agit d'une maladie neuropsychiatrique, dont les origines seraient génétiques dans la plupart des cas?

Les causes biologiques sont inconnues

Plusieurs publications et sites internet consacrés au TDAH avancent que la science aurait réussi à cerner avec exactitude les causes génétiques et neurologiques des symptômes. D'après les Lignes directrices canadiennes sur le TDAH: «Le TDAH est une condition neurobiologique avec une forte étiologie génétique» (CADDRA, 2014, p. 3.1). Selon une brochure distribuée dans les écoles : «Les messagers neurochimiques [les neurotransmetteurs] ne fonctionnent pas correctement». (Formation en santé mentale. À l'intention des enseignants, Kutcher, Leblanc, Chehil, p. 2). On aurait mis en évidence un manque de dopamine et/ou de

noradrénaline, ou des anomalies dans diverses régions du cerveau. Selon de nombreuses publications, des différences considérables existeraient entre le cerveau des enfants TDAH et ceux qui en sont exempts.

Ce point de vue conçoit les difficultés comportementales et psychologiques sur le même modèle que les maladies physiques, comme le diabète de type 1. C'est ce qu'on appelle le modèle biomédical de la détresse mentale et des troubles du comportement.

En réalité on ne connaît pas les causes biologiques du TDAH. Même Novartis, le fabricant du Ritalin, précise dans l'information professionnelle de son médicament que : L'étiologie [la cause] spécifique de ce syndrome est inconnue, et il n'existe aucun test unique pour poser le diagnostic.

([http://www.medicines.org.uk/EMC/medicine/1316/SPC/Ritalin/accessed%2030th%20November%202011, mai 2015](http://www.medicines.org.uk/EMC/medicine/1316/SPC/Ritalin/accessed%2030th%20November%202011,mai%202015)).

Le psychiatre qui a présidé aux travaux de la dernière version du DSM, qui est aussi l'un des partisans les plus convaincus de l'approche biologique, déclarait en 2013 : « ...nous espérons pouvoir identifier les troubles [mentaux] grâce à des marqueurs biologiques et génétiques qui fournissent des diagnostics complètement fiables et valides. Cette promesse, que nous anticipons depuis les années 1970, est malheureusement encore bien loin de nous».

L'hypothèse génétique

Plusieurs recherches ont impliqué différents gènes dans l'étiologie du TDAH. Soulignons que ce ne sont pas les mêmes gènes qui sont mis en cause, ce qui soulève déjà un problème.

En 2010, un article publié dans la prestigieuse revue médicale, The Lancet, annonçait qu'on venait de découvrir la cause génétique du TDAH. Les grands médias ont repris abondamment cette nouvelle.

Les chercheurs ont constaté que les enfants TDAH présentaient une signature génétique particulière par rapport aux enfants d'un groupe témoin —des segments importants d'ADN se répétaient et d'autres étaient perdus, effacés. Or, 12% des enfants TDAH exhibaient cette signature génétique contre 7,5% des enfants du groupe témoin, ce qui constitue une différence assez minime. Si ces mutations génétiques étaient la cause du TDAH, il faudrait s'attendre à ce que les 7,5% d'enfants du groupe témoin en soient atteints. En revanche, chez 88% des sujets diagnostiqués TDAH, les symptômes ne peuvent s'expliquer qu'en invoquant d'autres causes. Tout ce que cette étude suggère, c'est que les gènes pourraient conférer un risque mineur de développer des symptômes associés au TDAH.

D'autres gènes ont fait l'objet de recherches, par exemple les gènes qui fournissent la recette de fabrication d'un récepteur de dopamine qu'on croit impliqué dans le TDAH. Encore une fois, les différences sont plutôt minces et on n'a pas pu localiser ce neurotransmetteur dans les zones du cerveau qui sont liées à l'attention et à la motricité.

Nous savons qu'il existe des maladies génétiques telles que la fibrose kystique et la maladie de Huntington. La recherche a identifié clairement les gènes qui sont en cause. Mais dans le cas du TDAH, nous n'avons rien de tel. Si une personne possède telle mutation, plus telle autre et encore telle autre, il se pourrait que son risque de développer les symptômes liés au TDAH soit de 3%, 5% ou 10%. Cela signifie que d'autres facteurs, par exemple des facteurs environnementaux, doivent intervenir afin que les symptômes du TDAH se manifestent.

L'hypothèse dopaminergique : un déséquilibre chimique

D'après cette hypothèse, le TDAH serait causé par un manque de dopamine et/ou de noradrénaline. La dopamine et la noradrénaline sont des neurotransmetteurs, des substances chimiques qui permettent aux neurones d'échanger leurs signaux et de communiquer entre eux.

La dopamine (voir la Figure 1) est libérée par le neurone émetteur dans la minuscule fente synaptique qui sépare deux neurones. La plus grande partie est recaptée par le transporteur de dopamine, une sorte de pompe qui enlève la dopamine de la synapse, de sorte qu'il n'en reste plus suffisamment pour le neurone suivant. Ce processus de recapture occasionnerait le dysfonctionnement des neurones et les symptômes du TDAH. Cette pompe est bloquée par les psychostimulants, permettant ainsi à la dopamine de demeurer plus longtemps dans la synapse et de s'insérer dans les récepteurs du neurone suivant, comme une clé dans une serrure.

Cette hypothèse se heurte à de nombreuses objections.

1. Tout d'abord, les psychostimulants (Ritalin, Concerta, Vyvanse, etc.) ont le même effet chez les gens qui sont exempts de TDAH que chez ceux et celles qui ont reçu le diagnostic. Les sujets exempts de TDAH réagissant de la même façon, cette réponse ne peut s'expliquer par un manque de dopamine.
2. Une étude récente d'une équipe de l'Université de Cambridge montrait qu'il n'y avait aucune différence dans les effets du Ritalin sur les récepteurs de dopamine chez les TDAH et chez les sujets d'un groupe témoin. Les chercheurs concluaient que l'hypothèse dopaminergique est peu vraisemblable.
3. Les médicaments contre la maladie de Parkinson, qui se traduit par un déficit en dopamine, ne sont d'aucune utilité pour le TDAH et inversement.
4. D'autres médicaments sont prescrits pour le TDAH, comme le Strattera, l'Intuniv et les antipsychotiques (ces derniers diminuent la dopamine). Ils agissent principalement sur d'autres neurotransmetteurs et ont des effets semblables. Ces mêmes arguments peuvent être transposés à l'hypothèse noradrénergique.

Des recherches ont cru mettre le doigt sur la cause du TDAH en découvrant que les porteurs du diagnostic présentaient un plus grand nombre de transporteurs de dopamine. Cependant, l'étude comportait de sérieuses lacunes car les sujets étaient médicamentés. Était-ce l'effet du TDAH ou du médicament?

Une étude subséquente a comparé un groupe d'adultes non-médicamentés ayant reçu le diagnostic de TDAH à un groupe témoin. Les sujets des deux groupes avaient, au départ, le même nombre de transporteurs à dopamine. Après avoir reçu du méthylphénidate pendant un an, le principe actif de plusieurs psychostimulants, les sujets TDAH affichaient une augmentation du nombre de transporteurs à dopamine.

L'augmentation de la dopamine entraînée par l'administration de méthylphénidate sur-stimule le cerveau. C'est l'équivalent d'appuyer sur l'accélérateur à dopamine. Le cerveau réagit en appliquant les freins ; il multiplie les pompes à dopamine pour rétablir un certain équilibre. C'est en partie ce qui expliquerait le manque d'efficacité à long terme des psychostimulants et la nécessité d'augmenter la dose pour obtenir le même effet. Le paradoxe vaut la peine d'être relevé. Selon cette théorie, le TDAH serait causé par un manque de dopamine, mais à long terme, l'administration d'un médicament qui en augmente la disponibilité entraîne la réaction inverse en multipliant les transporteurs à dopamine, ce qui est contre-productif et va à l'encontre du but recherché.

La thèse qui reliait les symptômes du TDAH à un déficit en dopamine a été formulée après qu'on eut constaté que les psychostimulants accroissent l'attention et calment l'hyperactivité à court terme. C'est un exemple de raisonnement à l'envers : l'effet d'un médicament sur les symptômes ne permet pas de conclure à la cause. On sait que l'alcool permet aux timides de sortir de leur coquille, or personne ne soutiendra que la timidité résulte d'un manque d'alcool au cerveau.

L'hypothèse d'un cerveau plus petit

Une étude de l'Institut national de la santé mentale des États-Unis, d'une durée de 10 ans, soutenait que le cerveau des TDAH serait de 3% à 4% plus petit. L'étude comparait des pommes et des oranges. En effet, les enfants TDAH qui n'étaient pas médicamenteux avaient deux ans de moins que les enfants exempts de TDAH. Or, on sait que la taille du cerveau est corrélée à la masse corporelle.

Des anomalies dans certaines régions du cerveau

Les régions du cerveau qui ont été identifiées ne sont pas les mêmes et les résultats des études sur une même région sont contradictoires. Certains spécialistes pensent que le cortex préfrontal des enfants TDAH fonctionnerait différemment. Cette région du cerveau serait le siège du raisonnement, de la mémoire de travail, du contrôle des impulsions. Or, certaines études ont identifié une diminution de l'activité dans le cortex préfrontal, d'autres n'ont constaté aucune différence et au moins une autre a remarqué une augmentation de l'activité.

Un certain nombre d'enfants ayant été exposés à des substances neurotoxiques (fumée du tabac durant la grossesse, mercure) présentent les symptômes du TDAH et des lésions au cerveau. Par ailleurs, on soupçonne de plus en plus que le smog et les pesticides se traduisent également par des symptômes d'inattention et d'hyperactivité. Cependant, la cause ultime de ces symptômes est de nature environnementale. Qu'est-ce qui justifie de les regrouper dans la même catégorie que ceux et celles dont les difficultés seraient génétiques, par conséquent innées?

Dans l'avenir, on ne peut pas exclure que les symptômes liés au TDAH soient le résultat d'une mutation génétique ou d'un dysfonctionnement des neurotransmetteurs. Mais lesquels? Sur les quelque 100 neurotransmetteurs qu'on a découverts, à peine cinq ou six ont fait l'objet d'études approfondies et plusieurs autres restent à découvrir. Ce sera vraisemblablement un petit pourcentage de cas et si c'est du TDAH en tant que maladie biologique, on en découvrira plusieurs sous-types, chacun exigeant un traitement approprié.

Depuis quelques décennies nous avons appris beaucoup de choses sur le cerveau. Mais cet organe est fabuleusement complexe avec sa centaine de milliards de neurones, son millier de billions de connections, et chaque neurone déclenche plusieurs signaux à chaque seconde. Selon le neuroscientifique David Eagleman, cette fabuleuse complexité dépasse les limites de ce que le langage peut mettre en forme. Il ajoute : «Il n'y a aucune façon de comprendre un système aussi colossal». La technologie nous fournit des tonnes de données, mais cela est différent «des avancées dans notre compréhension» du cerveau (Medpage Today, 10 octobre 2015).

Cet enfant TDAH qui n'en était pas un

16 novembre 2015 - Par Julio Trépanier, Journaliste multimédia



Une mère de famille de la région en a gros sur le cœur après que l'école publique fréquentée par son fils ait fait vivre un cauchemar à celle-ci et son fils après que celui-ci ait été identifié comme ayant un Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH).

Or, il y a deux semaines, une contre-expertise est venue confirmer ce que cette mère, qui a par le passé évolué dans le domaine de la santé, soupçonnait depuis le début : son enfant n'avait aucun TDAH.

Afin de protéger l'identité de l'enfant, son nom, celui de l'école et celui de la mère ne seront pas dévoilés à la demande de cette dernière. Le but d'une telle sortie médiatique n'est pas de s'attaquer à qui que ce soit au sein de la Commission scolaire de la Beauce-Etchemin (CSBE) affirme-t-elle, mais de sensibiliser les parents face à une telle situation et d'aller jusqu'au bout pour avoir l'heure juste en cas de doute. « Si je n'avais pas eu les moyens et une formation dans le milieu de la santé, mon fils serait aujourd'hui médicamenteusement sans aucune raison. Il n'aurait pas l'encadrement approprié à son cas, car en médicamentant quelqu'un pour un problème qui n'est pas le sien, on empire la situation », soutient-elle.

L'histoire commence en 2010 alors que son fils éprouve des problèmes de comportement à l'école à la suite d'une non-cohésion parentale entre elle et son ex-conjoint. « On me disait régulièrement de donner du Ritalin à mon enfant [...]. Mon ex-conjoint était pour, mais moi j'étais contre cela, car je voulais une investigation plus poussée. L'école s'entêtait toutefois à vouloir étiqueter mon fils TDAH », indique la mère de famille. Pendant deux ans, malgré l'insistance de l'école, celle-ci a choisi de ne pas médicamenteusement son fils. « Quand on insistait, je répondais que personne d'autre qu'un pédopsychiatre me forcerait à donner des médicaments à mon enfant [...]. La médication, ça doit rester un choix de parents. Le rôle de l'école n'est pas de nous forcer à médicamenteusement notre enfant, mais d'apporter un support au niveau de l'encadrement pédagogique », estime-t-elle.

Toutefois, les choses se sont gâtées l'an dernier alors que l'enseignante du garçon aurait été catégorique en affirmant que celui-ci était un cas de TDAH. « À partir de là, ils nous ont fait des pressions comme quoi si nous n'acceptons pas de médicamenteusement mon enfant, il se retrouverait dans une classe spéciale [...] alors nous avons demandé le diagnostic d'un pédopsychiatre, chose que nous demandions depuis le début », explique la mère. Puis, une rencontre avec un pédiatre a été effectuée à la suite de l'intervention de l'enseignante. Selon la mère, le diagnostic s'est fait en cinq minutes sur le coin d'un bureau. « On a rempli une petite grille et en cinq minutes, ils ont déterminé qu'il était TDAH », déplore-t-elle.

Ayant toujours le doute à l'esprit malgré l'avis du professionnel, la mère dit avoir essayé les pilules quelque temps, mais son enfant devenait agressif, s'isolait et dormait peu. « On parle d'un psychostimulant qui n'est

pas sans impact sur le cerveau », explique la dame qui a évolué dans le milieu de la santé. « Il arrivait toujours en crise de l'école. Il se faisait demander devant tout le monde s'il avait pris ses pilules. Il faisait rire de lui. Puis, en lien avec les problèmes du jeune, il y a eu de l'intimidation et mon fils s'est fait frapper par une dizaine d'enfants dans la cour d'école. Quand il s'est plaint, personne ne l'a cru », affirme-t-elle.

Par ailleurs, celle-ci déplore qu'il n'y ait pas eu davantage de services offerts à son garçon en lien avec le diagnostic, si ce n'est que des feuilles de route et des codes de couleurs. L'accumulation de tous les facteurs évoqués aura finalement poussé cette dernière au choix de cesser la médication. « La médication m'avait été imposée [...] la peur d'avoir l'étiquette de parent non collaborant et de lui avoir donné des pilules pendant un mois au total allait à l'encontre de mes valeurs », mentionne cette dernière.

« Quand ils se sont rendu compte que je ne donnais pas les médicaments à mon enfant parce que j'avais une vision différente, ils ont choisi de faire des démarches pour l'envoyer dans une école adaptée sans mon consentement », soutient-elle. « Ils n'ont pris en considération que l'opinion de mon ex-conjoint qui était pour la prise de médication. Ils ont en fait pris clairement position pour un des deux parents alors qu'ils ne le devraient pas. Ils ont fait un comité d'expertise sans mon consentement, sans ma présence. On ne m'a jamais demandé pourquoi je ne voulais pas médicamenter mon fils. On me regardait plutôt comme si j'étais une mère terrible », souligne-t-elle.

Un signalement à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) pour non-collaboration et refus de médicamenter l'enfant a alors été fait contre la mère. Puis, selon le rapport, l'intervenant a finalement donné raison à cette dernière dans sa démarche tout en l'incitant à une meilleure cohésion parentale avec son ex-conjoint pour le mieux de l'enfant. La principale intéressée croit que cette plainte aurait été faite de mauvaise foi alors qu'elle comptait opter pour le secteur privé et ne pas baisser les bras. « Étrangement, le jour du signalement à la DPJ, j'ai posé la question à savoir si le système public était dépassé par le cas de mon enfant à problèmes et que le privé ne pourrait être la solution », maintient-elle.

Par la suite, exaspérée par l'attitude de la direction de l'école, celle-ci a tenté de régler le problème en s'adressant à la CSBE. Cependant, la personne qu'on lui a référé l'aurait littéralement envoyée promener tout en la mettant au défi d'amener ses avocats. Du côté de la CSBE, on préfère ne pas commenter la situation indiquant toutefois qu'il n'est pas dans les habitudes de mettre les gens au défi de la sorte.

La mère de famille a donc choisi de faire une plainte auprès du Protecteur de l'élève. « J'ai fait l'erreur de faire ma plainte verbalement et elle n'a eu aucun impact. Je conseille aux parents de toujours formuler les plaintes par écrit. Mon dossier n'a pas été traité à cause de cela. J'ai même dû prendre un avocat pour qu'il parle à cette personne référée par le comité des parents », affirme-t-elle.

Alors qu'elle indique que son fils a été privé de service scolaire pendant un mois et qu'elle a dû payer une orthopédagogue de sa poche à la suite d'une décision du comité d'expertise, la mère de famille a choisi d'envoyer son enfant dans le secteur privé à la rentrée 2015.

Au total, le coût des démarches dans toute cette aventure se situe dans les cinq chiffres en frais divers pour l'obtention d'un deuxième avis de professionnel quant au TDAH de l'enfant, ainsi que pour finalement avoir la tranquillité d'esprit. Cela aura pris deux ans avant qu'aboutisse la demande de la mère compte tenu de la longueur de la liste d'attente pour obtenir les services d'un pédopsychiatre dans la région.

« Il y a deux semaines, le diagnostic de TDAH a été défait. Il s'agissait plutôt d'un trouble d'anxiété amené par le milieu. On parle d'une fragilité attentionnelle. Il n'est plus question de médication », exprime la dame avec soulagement. « Pendant tout ce temps, tout le monde jouait au médecin et émettait des hypothèses alors qu'ils n'en savaient rien. À l'école, ils ont empiré la situation de mon fils. Ils n'ont pas été des agents facilitants », exprime-t-elle.

« Maintenant, mon enfant va au privé et il fonctionne comme un enfant normal. Il n'est pas dysfonctionnel, il est bien traité et a de très bonnes notes. Il est très bien encadré », affirme-t-elle.

Bien que celle-ci dise être répugnée par le système d'éducation public à la suite de cette expérience, elle ne compte pas pour autant poursuivre qui que ce soit pour tout le mal causé. « J'ai fait une croix sur la Commission scolaire et tout ce qui vient autour. Maintenant, nous respirons mieux au privé. Dans des cas comme celui-là, l'école privée peut sauver les enfants de la marginalité », croit-elle fermement.

Une course aux diagnostics

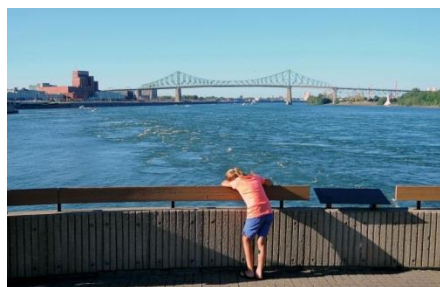
Selon cette mère qui s'est battue pour donner un meilleur environnement à son fils, il existe au Québec une certaine pression pour faire médicamenter les enfants. D'ailleurs, selon un document obtenu par le journal La Presse au début 2015, le gouvernement du Québec estimait que les commissions scolaires se livrent à une « course » pour obtenir des diagnostics d'élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage (EHDA) et ainsi toucher plus de subventions (voir texte : [« Course » aux diagnostics dans les commissions scolaires](#)).

Les chiffres fournis par le ministère de l'Éducation vont en ce sens puisqu'en 2013-2014, le nombre d'élèves en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage dans le réseau public s'élevait à 182 162, alors qu'en 2004-2005, ce nombre se situait à 147 981. Il s'agit d'une augmentation approximative de 23 % en dix ans.

D'un autre point de vue, le Collège des médecins se disait récemment préoccupé par les nombreux diagnostics de TDAH émis au cours des dernières années et reconnaissait que ses membres étaient parfois mal outillés selon un autre article de La Presse publié en février 2015. (Voir article : [Le Collège des médecins préoccupé par les nombreux diagnostics de TDAH](#)).

LE DEVOIR
LIBRE DE PENSER

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/439486/etude-de-plus-en-plus-de-jeunes-se-presentent-a-l-hopital-pour-des-troubles-mentaux>



ÉTUDE

De plus en plus de jeunes se présentent à l'hôpital pour des troubles mentaux

7 mai 2015 16h33 | Sheryl Ubelacker - La Presse canadienne à Toronto | [Santé](#)

Photo: Olivier Zuida Le Devoir

Selon les chercheurs, les hausses peuvent refléter le manque, dans certaines régions, de programmes communautaires. De plus en plus de jeunes Canadiens de cinq à 24 ans se présentent à l'urgence ou sont hospitalisés pour des troubles de santé mentale, révèle une récente étude.

Les taux de visite au service d'urgence en raison de troubles mentaux chez les enfants et les jeunes ont augmenté de 45 % entre 2006-2007 et 2013-2014, selon les auteurs de cette étude réalisée par l'Institut canadien d'information sur la santé. Par ailleurs, les taux d'hospitalisation (au moins une nuit) pour les mêmes motifs augmentaient de 37 % pendant la même période.

L'étude révèle aussi que le taux de visites au service d'urgence des enfants et des jeunes a augmenté considérablement — de 68 % chez les 10-14 ans et de 53 % chez les 15-17 ans. Le taux d'hospitalisations a aussi augmenté de façon importante chez ces deux groupes d'âge — de 64 et 74 % respectivement.

Moins stigmatisées

La chercheuse Kathleen Morris explique que ces augmentations peuvent, certes, être attribuées au fait que les consultations pour troubles mentaux sont moins stigmatisées de nos jours.

Mais au-delà de ce facteur, les hausses peuvent refléter le manque, dans certaines régions, de programmes communautaires — avec infirmières, omnipraticiens et travailleurs sociaux — pour s'occuper des cas moins graves, a avancé Mme Morris, directrice, Analyse du système de santé et Questions émergentes, à l'Institut canadien d'information sur la santé.

L'étude révèle aussi que l'utilisation de médicaments psychotropes est courante — un jeune sur 12 a reçu un médicament pour traiter les troubles anxieux ou de l'humeur ou un antipsychotique en 2013-2014 — et a augmenté au fil du temps.

Chez les jeunes ayant utilisé des médicaments psychotropes, l'augmentation de l'utilisation concerne les jeunes vivant en région urbaine et en banlieue qui ont reçu les médicaments le plus souvent prescrits.

ANDROGENA De la conscientisation et de l'esprit critique

<https://androgena.wordpress.com/2014/03/25/porter-son-attention-sur-la-tdah-prevalence-de-lusage-et-de-la-consommation/>

Porter son attention sur le TDAH : Prévalence de l'usage et de la consommation de médicaments

PUBLIÉ LE 25 MARS 2014 PAR PHILIPPE JEAN

Un traitement pharmacologique est le traitement le plus commun, bien que la thérapie comportementale [et psychosociale] est l'approche recommandée en première ligne chez les jeunes enfants TDAH. Le psychostimulant Ritalin (méthylphénidate) a été le premier médicament largement utilisé dans le traitement du TDAH. Les stimulants continuent d'être la thérapie pharmacologique la plus couramment prescrite pour le TDAH, tandis qu'une plus petite population de patients est traitée avec des médicaments dit non stimulants.



Alors que les stimulants sont extrêmement efficaces pour réduire certains symptômes au cœur du TDAH (impulsivité, hyperactivité et attention), comme de nombreux médicaments d'ailleurs, il y a certes des risques associés à leur utilisation, y compris la dépendance et les effets délétères, et indésirables chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires ou de conditions qui y sont reliées. Les médicaments traitant le TDAH peuvent également augmenter les risques d'autres troubles psychiatriques et peuvent provoquer des convulsions s'il est pris à fortes doses.

Il y a également certaines préoccupations quant à l'augmentation de l'abus de l'usage de stimulants sur ordonnance prescrits pour le TDAH ainsi que leur grande disponibilité sur le marché noir dans un cadre universitaire, voire collégial. Selon certaines recherches récentes, un adolescent sur huit avait abusé ou avait fait un mauvais usage de la médication pour le TDAH. En 2011 et en 2012, la Drug Enforcement Administration (DEA) a intensifié leurs efforts afin de lutter contre l'utilisation illicite de ces drogues par la mise en œuvre des restrictions supplémentaires sur leur disponibilité. Ces nouvelles restrictions obligent les fabricants de limiter la production de ces médicaments à un niveau défini, qui, combiné avec des augmentations substantielles dans l'utilisation, a conduit à une importante pénurie de l'offre.

L'analyse montre que le nombre d'adultes et d'enfants qui utilisent la médication pour le TDAH continue sa « fulgurante » ascension, passant à 35,5 % de 2008 à 2012. En 2012, près de 4,8 millions d'Américains assurés aux privés avaient pris un médicament pour traiter le TDAH. Alors que les enfants sont toujours les principaux utilisateurs de médicaments contre le TDAH, le nombre d'adultes faisant usage de ces médicaments a augmenté à un rythme beaucoup plus rapide, jusqu'à 53,4 % contre 18,9 % de 2008 à 2012.

La hausse spectaculaire dans le diagnostic et le traitement du TDAH chez les adultes peut largement être attribuée au nombre croissant de preuves que le TDAH n'est pas une condition exclusive à l'enfance. En fait, selon une étude récente étude, environ 30 % des enfants atteints de TDAH continue de souffrir de ce trouble à l'âge adulte. Il y a eu un changement radical au cours des dernières années dans la manière dont nous concevons et pensons le TDAH. Tout en affectant principalement les enfants, nous savons maintenant que le TDAH n'est pas seulement une maladie de l'enfance, mais peut continuer à influencer sur plusieurs sphères de la vie des adultes. Un développement inattendu qui a résulté de la reconnaissance du TDAH chez l'adulte est que les femmes ont reçu le traitement pharmacologique dans une plus grande mesure que les hommes.

Comme cela a toujours été le cas, les garçons sont les principaux utilisateurs de ces traitements médicamenteux de stimulants et dépassent de loin le nombre de filles qui en font également usage. Cependant, la tendance s'inverse chez les adultes, alors que plus de femmes font usage de ces médicaments pour le TDAH que les hommes.

Alors que le TDAH se présente souvent chez les femmes sous la forme d'inattention, et qui ne présentent également pas de comportements perturbateurs à l'école (ou de symptômes externalisés), la condition, ses symptômes et ses comorbidités, peuvent être négligés, ignorés ou celés, et souvent ces femmes ne sont pas

diagnostiqués et ni traités pour leur TDAH durant l'enfance et l'adolescence. Plus tard dans la vie, quand elles deviennent plus conscientes de la condition, surtout si leurs enfants montrent des signes de symptômes TDAH, ces femmes peuvent reconnaître ainsi leurs propres symptômes liés à cette condition et consultent alors un médecin à ce sujet (on entend souvent des parents – mères – découvrir qu'il souffre de la même condition que leur progéniture). Elles ont aussi tendance à être le parent qui s'occupe des visites médicales lorsque leur enfant doit être traité pour le TDAH.

Ainsi, de ce nombre croissant de femmes faisant usage de médicaments du TDAH, certaines d'entre elles peuvent aussi être en cours de traitement « off-label » pour une dépression résistante, puisque les stimulants sont parfois utilisés conjointement avec des antidépresseurs dans ces cas.

Pour les femmes avec un diagnostic clinique qui justifient un traitement médicamenteux, les médicaments du TDAH peuvent être extrêmement bénéfiques pour les principaux symptômes du TDAH. Malheureusement, il y a des utilisations moins appropriées du médicament qui pourrait également favoriser ces augmentations de l'usage, et pose également certains problèmes de sécurité, compte tenu des effets secondaires potentiels et délétères, ainsi que la nature « addictive » de stimulants. Depuis que les stimulants sont (re)connus pour diminuer l'appétit, ils sont parfois utilisés, à tort, comme une aide à la perte de poids qui peut être une alternative intéressante à la volonté de suivre un régime. Ces médicaments peuvent également être utilisés par les femmes qui peuvent éprouver des symptômes de troubles de l'attention résultant des multiples exigences de la trépidante vie moderne (une mère non-tDAH, ayant un enfant tDAH, pourrait faire usage de médication pour augmenter ses facultés attentionnelles et de concentration, etc.).

Les différences entre les sexes sont également visibles lorsque l'on compare la prévalence chez les enfants et les adultes. Contrairement aux hommes, dont le nombre chute brutalement alors qu'ils entrent dans l'âge adulte, la prévalence des jeunes femmes qui utilisent ces médicaments continue d'augmenter, et ce après l'enfance, avec des femmes âgées de 19 à 25 ans éclipsant effectivement le nombre de filles qui prennent des médicaments pour le TDAH, et ce, de 27 %.

Contrairement aux hommes donc, dont le nombre chute après 18 ans, les jeunes femmes âgées de 19 à 25 ont des taux plus élevés d'utilisation des médicaments stimulant pour le TDAH que de filles âgées de 4 à 18 ans. Ainsi, les garçons sont souvent diagnostiqués durant l'enfance et cessent généralement de prendre leurs médicaments au cours ou peu après l'adolescence, alors que pour les filles, la condition du TDAH passe sous le radar durant l'enfance, et est généralement diagnostiquée et traitée au cours de l'adolescence et à l'âge adulte. De plus, les femmes seraient plus portées à se conformer plus longtemps que les hommes aux traitements pharmacologiques.

Historiquement, le diagnostic et le traitement du TDAH a sensiblement été plus élevés chez les garçons que les filles, en partie à cause des comportements plus agressifs, perturbateurs et impulsifs exposés chez les jeunes hommes, tandis que les filles sont plus susceptibles d'afficher des symptômes de « distraction » de la condition qui peut être plus facilement négligée.

En 2012, 7,8 % des garçons âgés de 4 à 18 prenaient un médicament pour le TDAH, plus de deux fois le nombre de filles du même âge (3,5 %). Les garçons adolescents, âgés de 12 à 18 ans, sont de loin les utilisateurs les plus répandus. En 2012, 9,3 % de cette population a pris un médicament pour le TDAH – 7,9 % en 2008.

–

Dans son édition, mise à jour, du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), publié en mai 2013, l'American Psychiatric Association (APA) a pour la première fois fourni des lignes directrices spécifiques aux professionnels de la santé mentale sur la caractérisation et le diagnostic de TDAH chez l'adulte. Le DSM-5 reflète plus de 20 ans de recherches publiées démontrant que le TDAH se présente d'abord avant l'âge de 12 ans, il peut continuer à l'âge adulte. Les adultes atteints du TDAH ont des taux plus élevés de divorce, d'abus de drogues et de comportement criminel, de perte d'emploi.

Nous avons observé, au cours des dernières années, une forte augmentation de l'ampleur de traitements médicamenteux pour le TDAH au sein de la population adulte, et les gains les plus importants ont été observés chez les 26 à 34 ans – jusqu'à 84,4% de 2008 à 2012. L'augmentation de la prévalence chez les femmes de ce groupe d'âge étaient légèrement plus élevés, en hausse de 85,1%, au cours de la période de cinq ans. Bien que l'on constate des augmentations plus élevées parmi les femmes âgées de 26 à 34 ans, les jeunes femmes âgées de 19 à 25 ans montrent un taux d'usage de traitements médicamenteux du TDAH plus élevé, par rapport aux femmes des autres groupes d'âge. Fait intéressant, ils ont également dépassé les filles dans l'utilisation de ces médicaments, avec 4,4% d'entre elles faisant usage de médicament pour le TDAH en 2012, comparativement à seulement 3,5% pour les 4 à 18 ans.

Les différences entre les sexes chez l'adulte quant à l'utilisation de médicaments pour le TDAH sont à l'opposé de ceux observés chez les enfants. Il y a seulement une légère différence entre le nombre d'hommes et de femmes âgés de 19 à 25 qui font usage de ces médicaments. Après cela, plus de femmes que d'hommes adultes font usage de traitements pour le TDAH et l'écart relatif entre eux s'élargit à mesure qu'ils vieillissent.

L'étude a également permis de montrer que près des deux tiers des adultes ont reçu des prescriptions de médicaments contre le TDAH par un médecin de soins primaires (primary care physicians) plutôt que d'un spécialiste.

–

Une sensibilisation accrue et une plus grande acceptation que le TDAH comme un trouble du comportement (c'est un trouble neurodéveloppemental, avec des symptômes comportementaux) au cours des dernières décennies a conduit de nombreux enfants souffrant de cette condition à recevoir des traitements pharmacologiques dont ils auraient besoin pour réussir à l'école et dans leur vie. Cependant, il y aurait également une variété de tendances cliniques et sociétales qui gonflent le nombre de diagnostics de TDAH et de traitements médicamenteux, et ce, à des niveaux préoccupants et anormaux aux États-Unis.

Un facteur contribuant serait la pression croissante et accrue sur les écoles et les étudiants pour améliorer les performances scolaires au sein d'un environnement d'évaluation à grands enjeux où il y a moins de tolérance pour les comportements perturbateurs en classe. Cela est particulièrement vrai chez les garçons qui affichent souvent la forme la plus impulsive et « agressive » de la maladie.

Bien qu'il existe des enfants qui ont très certainement TDAH et qui bénéficient grandement de traitements médicamenteux, le TDAH est malheureusement devenu « fast-track » pour les enfants ayant des problèmes de comportement, masquant parfois d'autres problèmes tels que des troubles de l'humeur, des troubles de l'anxiété, des troubles oppositionnels avec provocation ou des troubles des conduites. Les pédiatres et les médecins de soins primaires qui, souvent, n'ont pas le temps ou la formation pour mener l'évaluation neuropsychologique approfondie et les entretiens cliniques nécessaires pour déterminer efficacement et avec un certain niveau de certitude le diagnostic du TDAH, sont les premiers responsables de traitement et du suivi

de ces enfants. Les médecins peuvent également se trouver sous la pression des parents, des professeurs, ou d'autres intervenants (DPJ, CLSC, etc.) qui ne sont pas heureux avec les qualités des comportements de l'enfant et sont convaincus que le TDAH est responsable. Il existe donc un biais, biais de confirmation, qui consiste à la tendance naturelle qu'ont les personnes à privilégier les informations qui confirment leurs idées préconçues ou leurs hypothèses (sans considération pour la véracité de ces informations) et/ou d'accorder moins de poids aux hypothèses jouant en défaveur de leurs conceptions. Compte tenu du manque général d'accès aux thérapies comportementales, psychoéducatives, et psychosociales, et des frais qui y sont associés, une prescription de médicament est généralement le résultat, une fois un diagnostic de TDAH a été fait.

Un autre facteur qui peut être ajouté à la prévalence du diagnostic et du traitement du TDAH est l'exposition des enfants à « temps d'écran » (screen time) ou l'on a montré qu'il augmente les comportements perturbateurs et la distraction et mène à l'abaissement des performances scolaires, dont la diminution des notes scolaires. Bien qu'il n'y ait pas de preuve concluante que les activités d'écran peuvent effectivement causer le TDAH, jouer aux jeux vidéo — en particulier chez les jeunes enfants dont le cerveau est en développement — les entraîne à répondre à changements de stimuli très rapide et, sans les autres activités nécessitant une attention présociale prolongée, peuvent entraîner des comportements qui imitent les symptômes du TDAH. L'utilisation généralisée de la technologie à des âges de plus jeunes et plus jeunes deviendra un facteur de plus en plus important dans le diagnostic de TDAH. C'est un phénomène qui doit préoccuper et interpeller les parents ainsi que les cliniciens.

Alors que la grande majorité des enfants sont traités avec des stimulants, il y a une plus grande proportion de jeunes enfants sur les médicaments dits « non stimulants » que l'on observe chez les adolescents. En 2012, 19,5 % de 4 à 11 ans qui prenaient un médicament pour le TDAH ont utilisé un « non stimulant » par rapport à 14,2 % des 12 à 18 ans. Les « non-stimulants » sont considérés comme plus aisés à tolérer, car ils ne provoquent pas un certain nombre des effets secondaires associés aux stimulants, y compris la perte d'appétit et des troubles du sommeil. Cependant, ils peuvent ne pas être aussi efficaces que les stimulants dans le traitement du TDAH chez certaines populations de patients.

En plus d'utiliser des congés pharmacothérapeutiques pour contrer certains problèmes et troubles de la croissance, certains enfants sont offerts des pauses de médicaments afin de réduire leur exposition à un certain nombre d'effets secondaires désagréables ou délétères de stimulants. Il y a, cependant, certains éléments de preuve montrant que les enfants atteints de TDAH, qui persistent sans pauses avec les médicaments tout au long de l'année ont moins de problèmes que ceux dont le traitement est interrompu. À suivre...

Si les effets secondaires des médicaments TDAH ou des problèmes de croissance s'avèrent importants, les congés pharmacothérapeutiques s'avèrent une importante option pour atténuer ces problèmes. Cependant, une approche individualisée d'une analyse bénéfice/risque et la conversation avec le patient et les parents devraient faire partie de toute décision sur la nécessité d'une pause de médicaments. La cessation de traitement pour une période de temps peut, dans certains cas, rendre plus difficile pour un enfant de revenir à la prise de médicaments pour le TDAH sur une base régulière, ce qui entraîne la « non-observance » ou de l'utilisation sous-optimale du médicament qui peut s'avérer problématique.

Le fait que nous observons une légère hausse significative du nombre d'adultes sous ordonnance de médicaments pour le TDAH au cours des dernières années est clairement lié à la reconnaissance qu'il y a une proportion de personnes qui continuent à souffrir de symptômes et à avoir besoin de traitement pour le TDAH à l'âge adulte. Il n'est pas surprenant de voir, d'ailleurs, qu'il y ait une baisse significative de l'utilisation de médicaments pour le TDAH chez les garçons passé l'âge de 18 ans, car une fois les enfants quittent le domicile familiale, ils ont tendance à moins conforme se conformer aux traitements de leur spécialiste ou médecin. Aussi, ces disparités peuvent être liées au fait que les femmes vont, à un taux plus élevé que les hommes, à l'université et les étudiants qui fréquente l'enseignement supérieur font plus usage de stimulants que ceux qui de le fréquente pas. En outre, les femmes ont tendance à être de meilleurs patients que les hommes et à se conformer plus facilement aux soins recommandés, et donc à honorer leurs prescriptions. En outre, les jeunes femmes sont souvent en contact plus régulier avec leurs parents qui peuvent aider à soutenir l'adhésion aux médicaments.

Il est également intéressant de noter qu'une fois entrer dans le milieu du travail, les femmes devancent dépasse en nombre les hommes dans leur utilisation de traitements médicamenteux du TDAH. Il y a donc une tendance pour les femmes à mieux adhérer à des soins médicaux. Mais un autre facteur qui a un effet appréciable dans la conduite de l'usage de drogues pour les TDAH, en particulier chez les femmes de carrière, est le « syndrome de superwoman ». Pour certaines femmes, les stimulants peuvent fournir, à un niveau élevé, l'énergie supplémentaire et l'attention nécessaire et suffisante qu'elles doivent obtenir, tant à la maison et qu'au travail.

Il ne fait aucun doute qu'il y a des adultes qui ont besoin de médicaments pour le TDAH pour réussir dans leur vie professionnelle et personnelle. Cependant, le fait qu'il y a eu une substantielle hausse de l'usage de médication pour le TDAH chez les adultes soulève les mêmes questions que nous avons posées à propos de l'utilisation appropriée de ces traitements chez les enfants: sur-diagnostiquons nous ou sur-médicamentons nous la population adulte?

–

L'utilisation d'antipsychotiques pour le traitement de patients atteints de TDAH a longtemps été controversée. Les antipsychotiques sont des puissants médicaments avec des effets secondaires potentiellement sévères et délétères. Ils sont approuvés pour une utilisation chez les patients souffrant de troubles de l'humeur, de la schizophrénie et d'autres graves troubles de santé mentale. Ils ne sont pas approuvés pour traiter le TDAH. Cependant, ils sont parfois prescrits « off label » pour certains patients atteints de TDAH qui ont des sévères problèmes comportementaux, car ils peuvent être très efficaces pour rapidement améliorer les comportements. Un petit sous-ensemble de ces enfants atteints de TDAH peuvent également souffrir d'autres problèmes de santé mentale qui justifient l'utilisation des antipsychotiques.

Les enfants utilisant les médicaments pour le TDAH sont beaucoup plus susceptibles de se voir offrir un antipsychotique que les enfants qui ne sont pas traités pour le TDAH. L'utilisation concomitante de médicaments antipsychotiques et pour le TDAH chez les enfants âgés de 4 à 11 s'élève à 7,4% (contre 0,5% pour les non TDAH) , taux 10 fois plus élevé que chez les enfants qui n'utilisent pas de médicaments pour le TDAH. Cependant, les enfants âgés de 12 à 18 ans souffrant du TDAH font une utilisation concomitante de médicaments antipsychotiques plus élevé, à 9,6% (contre 1,2 % pour les non TDAH), soit plus de sept fois le taux d'utilisation vu chez leurs pairs non traités pour la maladie.

Ces nouvelles données sont définie dans un contexte qui montre que 9,9% de la population de tous les âges ayant un TDAH ont pris une médication antipsychotique, en 2012, et ce par rapport à seulement 1,5% des personnes non-TDAH (personnes assurées en privé). Cependant, l'étude révèle également une tendance de la consommation annuelle d'antipsychotiques progressivement inférieure chez les enfants et les adultes qui prennent des médicaments pour le TDAH depuis 2009. La baisse a été particulièrement notable chez les adultes atteints de TDAH âgés 26 à 34 qui ont réduit leur utilisation des antipsychotiques de 10,6% en 2008 à 7,6% en 2012. Les données également montrer un renversement de la tendance au cours des trois dernières années par rapport aux études antérieures qui ont signalés une augmentation sept fois plus importante dans l'utilisation des antipsychotiques chez les enfants et une augmentation de près de cinq fois chez les adolescents, et ce entre 1993-2009, dont un grand nombre ont été diagnostiqués avec le TDAH.

Le fait que tant d'enfants atteints de TDAH sont également traités avec des antipsychotiques s'avère alarmant. Bien qu'il existe certains cas qui peuvent justifier l'utilisation de ces médicaments ainsi que les stimulants, ils doivent être utilisés comme ultime et dernier recours thérapeutique alors que les autres médicaments qui ont été essayés ont échoué.

–

Les estimations sur le nombre de personnes souffrant de TDAH ainsi que de la dépression varient considérablement. Des études ont présenté des chiffres entre 16 % à 37 % des adultes et 9 % à 38 % des enfants atteints de TDAH, qui ont également un trouble dépressif.

La dépression est une fréquente comorbidité chez les patients atteints de TDAH, en particulier chez les femmes, et, dans certains cas, les médicaments pour le TDAH ont été utilisés pour traiter la dépression majeure qui ne répond pas à d'autres traitements. Les symptômes d'un trouble imitent souvent les symptômes de l'autre, et les erreurs de diagnostic sont un problème potentiel.

Les utilisateurs TDAH des deux sexes et de tous âges sont beaucoup plus susceptibles de prendre un antidépresseur que ceux qui ne sont pas traités pour le TDAH. Selon l'analyse, l'utilisation des antidépresseurs pour ceux qui suivent un traitement pour le TDAH augmente avec l'âge, autant chez les femmes que chez les hommes, mais, à partir de l'âge de 12 ans, les femmes souffrant de TDAH sont beaucoup plus susceptibles de se voir offrir un traitement d'antidépresseurs que les hommes. Le taux de traitement aux antidépresseurs est de 15,0 % chez les enfants atteints de TDAH et de 40,5 % chez les adultes atteints de TDAH, mais s'élève jusqu'à 64,4 % chez les femmes d'âges de 50 à 64 ans et 47,0 % chez les hommes de même âge. Chez les enfants, la plus grande augmentation de l'utilisation concomitante a été observée chez les enfants âgés de 4 à 11 ans de 2008 à 2011, avec une prévalence de 10,6 % environ. L'utilisation d'antidépresseurs a diminué au cours de cette période chez la plupart des adultes TDAH et la seule exception étant que les hommes dans le groupe de 19 à 25 ans a connu une légère hausse du nombre de personnes qui prenaient un antidépresseur.

–

La recherche a montré que, bien que le traitement médicamenteux pour le TDAH peut s'avérer extrêmement efficace sur les symptômes cœur du TDAH (hyperactivité, impulsivité, attention), la combinaison de médicaments et la thérapie comportementale [et psychosociale] peuvent entraîner de meilleur rendement scolaire et de meilleures relations familiales. L'approche combinée peut aussi conduire à la prescription de doses plus faibles de médicaments.

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition (DSM-V, publié en 2013 par l'American Psychiatric Association (APA), recommande la psychothérapie comme intervention en première ligne chez les enfants atteints de TDAH, complétée une médication en fonction des besoins des enfants plus âgés. Cette directive nonobstant, un seul enfant assuré sur quatre qui prend des médicaments pour le TDAH a reçu une forme de psychothérapie en 2010. L'étude a également identifié une grande disparité dans les taux de psychothérapie reçue à travers les États-Unis.

Un des résultats de l'étude valide que les enfants dans les comtés qui ont le moins de psychologues étaient deux fois moins susceptibles de recevoir une psychothérapie que ceux dans les comtés ayant le plus de psychologues. Mais parmi toutes les autres communautés ayant des ressources de santé mentale comparables, il n'y avait aucune explication clinique apparente pour expliquer la variation de l'offre de psychothérapies chez les patients atteints de TDAH.

–

Les coûts des médicaments pour le TDAH ont connu une augmentation de 91 % sur la période d'étude de cinq ans, et ce, à partir de 18,57 \$ en 2008 à 35,52 \$ en 2012, principalement grâce à la hausse de l'utilisation de la médication, bien qu'il y ait également une augmentation du coût de ces médicaments. La moyenne que les plans paient par ordonnance a augmenté de 35,4 % à 146,41 \$, tandis que les coûts pour les bénéficiaires « hors poche » (beneficiaries out-of-pocket costs) ont augmenté de seulement 4,2 % à 27,52 \$ au cours de cette même période.

La plus forte augmentation dans le coût du plan moyen par ordonnance (average plan cost per prescription) a été observée chez les patients plus âgés, ceux âgés de 50 à 64 ans, à 236,92 \$, tandis que les 4 à 11 ans ont produit la plus faible augmentation à 117,75 \$. Les coûts du régime par prescription (plan costs per prescription) diffèrent selon le sexe, ainsi, les femmes dépensent en moyenne 153,29 \$, les hommes dépensent considérablement moins, à 140,98 \$.

Des différences régionales dans le coût moyen par ordonnance ont également été observées, dont les coûts les plus élevés en 2012 ont été observés dans le Midwest à 154,37 \$, tandis que le plus bas coût par ordonnance ont été observés dans le sud à 140,61 \$. Cependant, les coûts pour les bénéficiaires « hors poche » les plus élevés sont assumés par ceux qui vivent dans le sud, avec un prix moyen par ordonnance de 32,27 \$, tandis que le coût le plus bas à 23,23 \$ a été observé dans l'Ouest.

Le type de médicaments prescrits ainsi que le médecin qui prescrit influence aussi de façon significative les coûts. En moyenne, les coûts des plans de médicaments stimulants et les membres (stimulant medications cost plans and members) paient 142,86 \$ par ordonnance par rapport à 159,74 \$ pour les non-stimulants. Le coût total par ordonnance lorsque le médicament est prescrit par un spécialiste était de 167,28 \$, et de 133,65 \$ lorsqu'il est prescrit par un médecin de soins primaires (primary care physicians).

Cependant, les coûts par patient « hors poche » (patient out-of-pocket costs) étaient légèrement plus faibles pour les médicaments prescrits par des spécialistes. Cela peut être lié à une plus grande proportion de patients âgés — ceux qui sont plus susceptibles d'utiliser de coûteux médicaments de marque, sans solutions génériques de rechange — étant prescrit des médicaments pour le TDAH par des spécialistes lorsque comparé avec ceux prescrits par les médecins de soins primaires (primary care physicians).

SECTION 3 – VISION ET APPROCHES ALTERNATIVES



<http://www.lapresse.ca/vivre/famille/201508/07/01-4891135-le-secret-du-bonheur-danois.php>

Le secret du bonheur danois

La Presse - 09 août 2015 - [Silvia Galipeau](#)

Ça ne rate jamais. Chaque année, au palmarès des gens les plus heureux, trônent les Danois. Pourquoi? Et si cela avait à voir avec leurs enfants? C'est du moins la nouvelle thèse d'une auteure américaine, Jessica Alexander, qui signe un livre inspirant sur l'éducation parentale à la danoise. Entrevue, explications et analyse.

HEUREUX COMME UN PARENT DANOIS

Jessica Alexander est une auteure américaine, mariée à un Danois depuis 13 ans. Elle signe, avec la psychothérapeute danoise Iben Sandahl, le premier livre sur la parentalité à la danoise: *The Danish Way of Parenting*. Nous lui avons posé quelques questions.

Q : D'après votre livre, si le Danemark arrive systématiquement en tête des pays les plus heureux, c'est parce que les Danois élèvent des enfants heureux qui, à leur tour, deviennent des adultes heureux?

R : Oui, c'est l'argument principal de mon livre. Ayant moi-même des enfants avec un Danois, j'ai réalisé que je préférerais de loin tous les conseils de mes proches danois à tout ce que j'avais pu lire ou trouver sur l'internet. Un jour, en écoutant mon mari parler à notre fille, sur un mode bien spécial, que j'appelle la « reformulation », ça m'a frappée : il existe bel et bien une éducation parentale à la danoise. Et elle est unique ! C'est ainsi qu'avec la psychothérapeute Iben Sandahl, nous avons mené plusieurs recherches sur la question, pour dresser les principales caractéristiques de cette éducation qui rend réellement les gens plus heureux.

Q : C'est quoi, au juste, un enfant heureux?

R : C'est une question difficile parce que la plupart des enfants sont heureux. Ce qui distingue les enfants danois, c'est qu'ils sont en prime calmes, bien adaptés, bien élevés et résilients. Ils sont bienveillants, empathiques, et souvent très mûrs pour leur âge. Tout en restant vraiment des enfants. Au Danemark, on entend rarement, voire jamais, des enfants brailler. Il y a une confiance et un respect qui règnent, ce que je n'ai jamais vu ailleurs entre adultes et enfants. Ces enfants deviennent à leur tour des adultes heureux et bien adaptés, et cela se traduit dans toutes les enquêtes sur le bonheur, et ce, année après année, depuis 40 ans !

Q : En quoi consiste, exactement, cette éducation à la danoise?

R : Les parents danois sont très proactifs dans l'enseignement de l'empathie et de la valorisation d'autrui. Le succès, ici, est vu comme le fruit d'un travail d'équipe, et non comme le résultat d'un bon coup individuel. Les parents danois travaillent davantage l'estime de soi de leurs enfants (ce que je vaudrais, en relation aux autres), et

moins la confiance en soi (davantage une question de ce qu'on peut faire ou avoir, en relation aux autres). Voilà ce qui, selon eux, est la source du bien-être et du bonheur à long terme.

Q : Et en quoi est-ce si différent de l'éducation à l'américaine, entre autres?

R : D'abord, les parents danois ne surchargent pas leurs enfants d'activités. Le jeu, ici, est considéré comme la chose la plus importante, même pour apprendre, et ce, même au secondaire. On respecte beaucoup la zone proximale de développement, c'est-à-dire là où l'enfant est rendu dans ses apprentissages, en les aidant juste assez pour ne pas brimer leur joie d'apprendre par eux-mêmes. [...] Alors qu'en Amérique, quand nos enfants jouent, on a l'impression qu'ils perdent leur temps et qu'ils devraient apprendre davantage. [...] Autre différence : l'empathie. Au Danemark, l'empathie est enseignée à l'école, dès la maternelle. C'est aussi important que les mathématiques ou l'anglais. Tout est « vrai », ici. Les contes d'Andersen (le Danois le plus célèbre) n'ont pas été réécrits pour bien finir comme en Amérique. La petite sirène, par exemple, ne finit pas avec son prince. Elle meurt de tristesse et se transforme en écume de mer. En lisant ce genre de contes à leurs enfants, les parents peuvent aborder toutes sortes d'émotions et c'est prouvé, cela aide aussi à développer leur empathie. [...] Enfin, la fessée a été interdite au Danemark en 1997. Les Danois usent de diplomatie avec leurs enfants, évitant les ultimatus. Du coup, c'est une culture très pacifiste. On gère les problèmes, au lieu de les sanctionner. Et enfin, les Danois valorisent beaucoup le «hygge», une de leurs valeurs principales : le temps « douillet » en famille, le « nous » passant ici avant le «je».

Q : Qu'est-ce que vous espérez qu'on retienne de ce mode éducatif?

R : Ce que je souhaite par-dessus tout, c'est que les lecteurs remettent en question leurs propres façons de faire. En tant qu'Américains, Canadiens ou autres, il nous est souvent très difficile de voir à quel point notre culture façonne nos valeurs et notre façon d'élever nos enfants. Nos comportements sont si ancrés qu'on a tendance à peu les remettre en question. On tient pour acquis que c'est la seule façon de faire. Or, si on pouvait vraiment réfléchir sur la question, et peut-être n'implanter qu'un seul des aspects de l'éducation à la danoise - le «hygge», par exemple -, je suis convaincue qu'on aurait des générations d'enfants plus heureux.

Référence : Jessica Alexander et Iben Dissing Sandahl, *The Danish Way of Parenting, A Guide to Raising the Happiest Children in the World*, Forlaget, 2015. Des traductions française et italienne sont prévues.

L'ÉDUCATION DANOISE EN SIX TEMPS

L'éducation danoise se résume en six points, selon l'Américaine Jessica Alexander et sa coauteure danoise, Iben Dissing Sandahl. Les voici.

L'IMPORTANT DU JEU

Pourquoi? *Vrai, on a tendance à organiser nos enfants, parce que trop souvent, quand ils n'ont rien au programme, on croit qu'ils perdent leur temps. Erreur, écrivent les auteures. Une foule d'études le prouvent : le jeu libre réduirait l'anxiété et permettrait même de favoriser la résilience. Quoi de mieux qu'une petite chute pour apprendre à se relever? En prime, le jeu libre permettrait de développer les aptitudes sociales, l'autonomie, l'estime de soi, la souplesse et, tenez-vous bien, la démocratie.*

Comment? Entre autres conseils, les auteures vous suggèrent d'éteindre une fois pour toutes votre télé (et autres écrans), de laisser à vos enfants le luxe d'explorer leur environnement, de les entourer d'enfants d'âges différents et de refréner vos envies d'intervenir à tout bout de champ.

ÊTRE VRAI

Pourquoi? Être vrai, c'est refuser les histoires qui finissent toujours bien, les contes de fées où « ils vécurent heureux et eurent beaucoup d'enfants », c'est arrêter de submerger ses enfants d'un déluge de compliments devant le premier gribouillage ou le premier coup de patin. *Pourquoi?* Question de sincérité. D'authenticité.

Comment? D'abord, soyez honnête avec vous-mêmes, n'abusez pas de compliments avec vos enfants et concentrez-vous sur l'effort, plutôt que le résultat final. L'idée, c'est de valoriser la persévérance et de favoriser, ce faisant, la résilience.

REFORMULER

Pourquoi? La reformulation, c'est l'art de présenter une situation sous un autre jour. Histoire de voir un autre angle. Une autre perspective. Plus positive, évidemment. Non, il ne s'agit pas ici d'être d'un optimisme béat, mais réaliste. Au lieu de mettre l'accent sur ce qui ne va pas, on se concentre sur ce qui va. Réalistement.

Comment faire? Si le petit Alfred a été méchant avec votre fils, par exemple, rappelez à votre enfant que le même Alfred est souvent gentil, qu'il aime jouer avec lui, etc. Évitez de mettre des étiquettes aux enfants (il est paresseux) et concentrez-vous sur les gestes et les actions (il est fatigué aujourd'hui). L'humour est souvent ici d'un précieux secours.

ENCOURAGER L'EMPATHIE

Pourquoi? L'empathie, c'est l'art de « se mettre à la place des autres », résumant les auteures. S'il est important d'être empathique, écrivent-elles, c'est entre autres parce que l'espèce humaine n'aurait pas survécu sans solidarité et empathie!

Comment? En enseignant à vos enfants à reconnaître leurs émotions, en évitant de juger les comportements des autres, en vous rappelant toujours qu'un geste est toujours en fonction d'un contexte et en tentant de comprendre le pourquoi du geste en question. Un exemple ? Pourquoi Alfred a-t-il frappé un ami ? Non, ce n'est pas parce que c'est un enfant agressif (on évite les étiquettes, toujours), mais parce qu'il était très fâché. Pourquoi était-il très fâché ? Comment aurait-il pu agir autrement ? Etc.

ÉVITER LES ULTIMATUMS

Pourquoi? On a tendance, quand un enfant n'obéit pas, à s'énerver, et souvent, la fatigue aidant, à péter les plombs. Si tu ne viens pas à trois : un, deux... Vous connaissez le refrain. Est-ce que ça marche ? Rarement. Au Danemark, dans les écoles, les enfants élaborent ensemble les règlements, signalent les auteurs. On vise plutôt à prévenir les mauvais comportements qu'à les punir. C'est une toute autre perspective. Aussi, les comportements des enfants ne sont pas nécessairement vus du même œil. Les 2 ans, baptisés « terrible twos » en anglais, sont ici les « trodsalder » (l'âge des limites). Il ne s'agit plus d'une terreur, mais d'un enfant programmé pour tester les limites. Toute une nuance.

Comment? *Pas de recette miracle, malheureusement. Respirez, réfléchissez, dédramatisez, suggèrent les auteures. Rappelez-vous qu'il n'y a pas de mauvais enfants, que de mauvaises techniques parentales. Visez l'éducation avant la punition (oui, ça prend du temps, et c'est par définition plus long), rappelez-vous que certains comportements sont propres à certains âges et n'oubliez pas de voir les côtés positifs d'une situation.*

TOUS ENSEMBLE

Pourquoi? *Les Danois chérissent le «hygge», littéralement «les moments douille ensemble». C'est un mode de vie. On passe du temps en famille, avec les proches, les grands-parents, les cousins, à faire un peu de tout et de rien. Ensemble. Pourquoi? Parce que la vie en tribu donne un sens à l'existence. Les gens bien entourés sont aussi moins stressés et plus heureux.*

Comment? Les auteures suggèrent de faire un pacte familial, pour souligner l'importance d'être ensemble, en mettant de côté les conflits personnels, pour favoriser le bonheur du groupe. Amusez-vous en famille, arrêtez de vous plaindre, voyez le côté agréable de la vie ensemble et de ces moments de proximité. Bref, célébrez votre réalité familiale. Vous en serez tous plus heureux.

AUTRES THÉORIES DU BONHEUR

Voilà 40 ans qu'année après année, ce petit pays scandinave d'à peine 5,6 millions d'habitants arrive aux premières places des pays les plus heureux au monde, selon les palmarès des Nations unies et de l'OCDE. Pourquoi? Les observateurs sont mystifiés. Il faut dire que plusieurs tuiles sautent aux yeux : d'abord, la météo (l'hiver est moins long qu'ici, mais il est drôlement plus sombre), le très haut taux d'imposition (60 %), sans oublier le taux d'endettement. Le Danemark, faut-il le rappeler, est l'un des pays les plus endettés du monde.

Les Danois auraient aussi une consommation d'alcool et d'antidépresseurs drôlement élevée. Alors pourquoi diable continuent-ils de se dire si heureux ?

Dans *Heureux comme un Danois* (2014), un ouvrage à la fois profond et humoristique, l'auteure Malene Rydahl avance quelques hypothèses, rapporte L'Obs : l'égalitarisme entre les classes sociales, l'égalité hommes-femmes, l'extrême confiance dans les institutions politiques (et la quasi-absence de corruption), le système scolaire misant sur le développement personnel et non la réussite, l'égalité des chances, et les temps libres (avec une semaine de 33 heures). Sans oublier l'État-providence.

PSYCHOMÉDIA
EN LIGNE DEPUIS 18 ANS

<http://www.psychomedia.qc.ca/sante-mentale/2015-06-26/psychotherapie-couverture-assurance-maladie>

L'INESSS recommande que la psychothérapie soit couverte par l'assurance-maladie

[Psychomédia](#) - Publié le 26 juin 2015

Dans un avis rendu public le 25 juin, l'*Institut national d'excellence en santé et en services sociaux* (INESSS) recommande que les traitements de psychothérapie soient couverts par la *Régie de l'assurance maladie du Québec* (RAMQ).

Les médicaments psychotropes demeurent l'option la plus souvent proposée aux patients qui présentent des troubles mentaux modérés et l'accessibilité aux services de psychothérapie reste limitée.

Ailleurs dans le monde, l'Australie et le Royaume-Uni proposent des traitements psychologiques gratuits et accessibles à tous.

En 2012, le *Commissaire à la santé et au bien-être* [a recommandé au gouvernement d'offrir un accès équitable aux services de psychothérapie](#). Le ministère de la Santé a donc confié à l'INESSS (1) le mandat de produire un avis sur l'accès aux services de psychothérapie pour les adultes atteints de troubles anxieux ou dépressifs.

Le premier volet de cet avis examine les données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparée à la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs. Le deuxième volet analyse les modalités de pratique et des conditions d'accès aux services de psychothérapie au Québec et ailleurs, notamment en Australie et au Royaume-Uni.

Ces deux documents, accessibles sur le [site de l'INESSS](#), serviront de base à un troisième volet, en cours d'élaboration, qui vise à évaluer différents modèles de déploiement et de financement d'une couverture élargie de la psychothérapie au Québec.

Dans un communiqué, l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) accueille favorablement cet avis qui « confirme que la psychothérapie est aussi efficace que la médication, que les effets bénéfiques de la psychothérapie durent plus longtemps et que les coûts sont moindres pour la société ».

L'avantage de la psychothérapie, a expliqué la présidente de l'Ordre, la psychologue Christine Grou, est qu'elle introduit des changements quant aux façons de penser de la personne, de ses comportements et de sa gestion des émotions.

« Toutes les personnes qui sont touchées par un problème de santé mentale, peu importe leur revenu, devraient pouvoir bénéficier de services de psychothérapie (...) », estime-t-elle. Les troubles de santé mentale sont la première cause d'absentéisme au travail au Canada, souligne-t-elle.

(1) L'INESSS « a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. » Il « évalue notamment les avantages cliniques et les coûts des technologies, des médicaments et des interventions en santé et en services sociaux personnels. Il émet des recommandations quant à leur adoption, leur utilisation ou leur couverture par le régime public, et élabore des guides de pratique clinique afin d'en assurer l'usage optimal. »

Journal du naturel

<http://www.journaldunaturel.com/index.php/reflexions/34-reflexions/376-elog-e-de-lequilibre>

Éloge de l'équilibre

7 mai 2014 - Alexys Guillon - www.schiz-osen-etre.org

Souffrant de schizophrénie depuis maintenant plus de 11 années, j'ai eu le temps de réfléchir sur cette notion d' « **équilibre** » qui me paraît essentielle quant à notre état de santé général à tous.

La schizophrénie est l'une des pathologies les plus déséquilibrantes qui soit dans le sens où **elle touche tous les aspects de « l'être » à la fois**. En effet, en l'espace de quelques instants (le temps d'une bouffée délirante), la personne va vivre en elle-même une profonde fragmentation, une déstructuration sur les plans physique, énergétique, émotionnel, psychique, voire même spirituel. La schizophrénie dans ses phases les plus aiguës va agir à la façon d'une "**bombe atomique interne**", dessinant un avant et un après dans la vie de l'individu.



Ainsi, tous les porteurs de maladies graves ont un jour « chuté » et se sont éloignés de leur état d'équilibre naturel qui les ont poussé à développer une pathologie.

Or le problème est que notre environnement ne nous incite pas à garder notre capital-santé et notre équilibre naturellement. Au contraire, que ce soit par le stress au travail, une alimentation dénaturée, des pensées culpabilisantes, des peurs en tout genre entretenus par les médias..., nous avons, pour les plus sensibles d'entre nous, dévié de notre axe (d'un point de vue physiologique, on appelle cela l'homéostasie), matérialisant dans notre corps des maladies. Celles-ci devraient nous faire prendre conscience que nous sommes porteurs d'un déséquilibre qu'il faut réajuster en prenant véritablement soin de soi. Or, la réponse de la médecine conventionnelle est de traiter uniquement le corps physique, notre enveloppe matérielle, alors que **le problème et la cause se situe bien souvent ailleurs**. Cette médecine symptomatique permet donc de traiter les symptômes (et elle est **ô combien nécessaire** dans des pathologies lourdes comme celle que je vis), mais si la cause véritable n'est pas traitée on peut être sûr que le symptôme reviendra à la fin du traitement chimique, ou qu'il se déplacera ailleurs, créant alors une autre pathologie.

Sans vouloir entrer dans la polémique, les scandales du Médiateur et autres montrent bien les limites de notre médecine moderne qui a su isoler des principes actifs sans arriver à annuler les effets secondaires parfois terribles des médicaments.

Pour revenir sur notre sujet, notre environnement nous pousse donc au déséquilibre en essayant, lorsque celui-ci est installé, de revenir progressivement à une certaine stabilité, mais au prix de combien d'efforts pas toujours payants et d'une facture salée pour la sécurité sociale. Si nos efforts étaient portés sur le maintien, dès le plus jeune âge, d'un équilibre véritable pour chacun grâce à une alimentation saine, d'un suivi de santé régulier grâce aux médecines naturelles, d'un développement des dons et capacités individuelles favorisant la créativité (qui est peut être le meilleur des médicaments), de projets menés plus dans une logique de coopération que de compétition...etc, on peut supposer que les choses iraient mieux.

En fait tout l'effort de la collectivité réside dans le curatif (une fois que la maladie s'est installée), qui se chiffre en milliard d'euros, alors qu'il devrait **porter sur le préventif et l'apprentissage de la connaissance de soi**, méconnus mais tellement essentiels pour garder son équilibre et avec au passage avec un coût dérisoire à supporter pour la société (mais tellement déstabilisant pour des firmes pharmaceutiques qui doivent dégager toujours plus de bénéfices pour leurs actionnaires et rentabiliser leurs investissements en recherche.)

Le médecin traditionnel chinois (qui tend aujourd'hui à disparaître en Chine, remplacé par les hôpitaux et cliniques modernes) venait voir les familles deux fois par an. Au prix d'une écoute et d'un diagnostic pointus avec parfois la prescription de produits naturels, le médecin se faisait payer pour son intervention. Par contre, si au cours de l'année, un des membres de la famille tombait malade, non seulement le praticien devait revenir gratuitement, mais en plus il perdait une partie de sa réputation. Autrement dit le médecin traditionnel était là

pour permettre aux personnes de garder leur équilibre faisant en sorte, dès lors, qu'aucune maladie ne puisse se déclarer. Nous voyons là dans cet exemple tout le décalage avec les paradigmes de notre médecine moderne.

Aujourd'hui **des centaines de techniques et des médecines complémentaires sont à la disposition de personnes en questionnement**, d'autant plus si elles vivent une pathologie au jour le jour. Comme j'ai pu l'écrire dans mon ouvrage, sans se passer de la médecine allopathique lorsque les symptômes sont très aigus et dangereux pour soi, une alliance avec les approches complémentaires peut s'avérer décisive dans la compréhension de la genèse de la pathologie jusqu'au lâcher prise permettant de reprendre les rênes de sa vie en toute sérénité. Ce voyage n'est pas toujours de tout repos, en premier lieu à cause de la mauvaise presse qu'on parfois ces « médecines ». De ce fait, si vous êtes déjà malade, il pourra vous falloir un certain courage pour faire le pas. Ensuite, cette « expérience intérieure » pourra vous conduire au cœur de vous-même, là où au départ rien n'est « tranquille », mais où, pendant des années, la quête « extérieure » vous en a détournée, en sachant pourtant bien que toutes les réponses se trouvaient là.

Cependant depuis quelques années, **un énorme changement de conscience s'opère**, et de plus en plus de médecins « conventionnels » se mettent à pratiquer des alternatives, et donc, à s'en faire les portes paroles les plus écoutés et les plus rassurants.

Néanmoins il convient de **ne pas confondre l'état d'équilibre** (une santé optimale, la joie de vivre, le respect de ses besoins...) **avec l'état de l'extrême « positif »** que les schizophrènes décrivent si bien lorsqu'ils sont ballottés entre ciel et terre, paradis et enfer, inhibition et désinhibition...etc Souvent, au cours de la bouffé délirante propre à cette pathologie, l'individu se considère souvent « comme le plus fort, le plus beau, le plus intelligent... » sans plus de rapport avec sa réalité. A ce moment-là il y a sécrétion massive d'endorphines, les molécules du bonheur, qui font disjoncter la personne, puisqu'elle se trouve alors vraiment déconnectée du réel. Dans ce sens, connaissant les extrêmes dans leur vie, elles pourront ensuite aspirer à un art de vivre sain qui pourra les ramener à un meilleur équilibre.

Toutes les personnes qui sont passées par des maladies graves **connaissent au moins intuitivement, le prix de ce précieux équilibre** qu'elles placeront au cœur de leur existence afin de le préserver. Au lieu de se faire la guerre, **les différentes médecines pourraient véritablement coopérer** afin de proposer le meilleur au patient. Est-ce là un doux rêve en regard des milliards d'Euros qui sont en jeu ? A nous, chacun, de peser de son poids et de savoir, en reprenant désormais notre pouvoir individuel, vraiment là où l'on veut cheminer.



Auteur du livre "Espoir de schizo"

Éditions Quintessence

« Avec un parcours à la fois en psychiatrie et en médecines non conventionnelles, Alexys Guillon nous apporte un témoignage éclairant sur les aspects intimes de la genèse et du vécu de la schizophrénie au jour le jour, en ouvrant des perspectives à ceux qui en souffrent et désirent vraiment reprendre leur vie en main. Eclairant, ce livre permet aux personnes non porteuses du trouble de considérer autrement les maladies et de donner l'envie de préserver leur précieux équilibre grâce à des techniques simples et efficaces. »

SANTÉ MENTALE

Investir dans les soins de l'âme

10 octobre 2015 | [François Desjardins](#) | [Actualités économiques](#)

Pour chaque dollar investi, une entreprise économiserait entre 6 et 10\$

Les problèmes de santé mentale coûtent à l'économie canadienne environ 50 milliards par année, selon la Commission de la santé mentale du Canada.



Malgré les campagnes de sensibilisation, la santé mentale demeure un tabou dans l'industrie financière, et les investisseurs devraient inciter les sociétés à mieux divulguer leurs pratiques, car il s'agit d'un élément crucial à la vitalité d'une organisation.

Bon nombre de sociétés ont pris les devants et rendent des comptes au sujet de leurs efforts, écrit dans un rapport le groupe torontois SHARE, spécialisé dans le conseil en investissement responsable, mais elles sont encore trop peu nombreuses à le faire.

À l'approche du 10 octobre, Journée mondiale de la santé mentale, SHARE a récemment analysé les documents publics de 25 sociétés financières canadiennes, dont les grandes banques, des assureurs et des sociétés de placement. Résultat : 15 d'entre elles évoquent clairement l'existence d'un programme d'aide aux employés, 14 ont une politique abordant au moins un aspect de la santé mentale, mais seulement six révèlent la présence d'un comité qui supervise cet enjeu au sein de la direction ou du conseil d'administration.

« Nous avons choisi le secteur financier pour cette première analyse à cause du niveau élevé de stress rapporté chez les cols blancs », a écrit le groupe, dont les clients investisseurs « ont désigné cet enjeu comme prioritaire ». Selon lui, « l'amélioration des communications portant sur la gestion du capital humain ne surviendra que dans la foulée d'une demande grandissante de la part des investisseurs ».

Parmi les 25 sociétés analysées figurent la Banque Nationale, la Corporation Power et sa filiale Financière Power, la Banque Scotia, la Financière Sun Life, la Banque Laurentienne, le groupe TMX, qui contrôle les Bourses de Toronto et Montréal, l'assureur Intact et la firme de placement Canaccord Genuity. (SHARE prévient que l'absence d'informations dans les documents ne signifie pas que la firme ne fait rien à cet égard.)

Aucune des 25 sociétés ne mentionne les taux d'absentéisme dans ses documents publics, mais le tiers souligne le taux de roulement du personnel. Par ailleurs, 10 d'entre elles font mention d'un sondage sur la mobilisation des employés, ce que SHARE décrit comme une « mesure critique du succès de la rétention du personnel et des possibilités d'avancement ».

Retour sur l'investissement

La firme-conseil Morneau Shepell a calculé l'an dernier le rendement sur l'investissement pour les entreprises s'étant dotées d'un programme d'aide pour les employés qui sont aux prises avec « des problèmes d'ordre

personnel et émotionnel ». Pour chaque dollar investi, avait-elle écrit après analyse de 80 000 cas individuels survenus en 2013, le résultat moyen est de 8,70 \$. En général, les entreprises analysées avaient généré un rendement oscillant entre 6 \$ et 10 \$.

« *Le rendement obtenu par les employeurs découle à la fois d'une amélioration de la productivité et d'une réduction de l'absentéisme chez les employés qui ont eu recours au programme d'aide* », avait relevé Morneau Shepell, dont le catalogue de services inclut ce genre de programme, d'où son accès aux données.

Selon la Commission de la santé mentale du Canada, ce problème entraîne pour l'économie un boulet d'environ 50 milliards par année, a-t-elle estimé en 2011.

La Commission, d'ailleurs, a dévoilé il y a deux ans une « *norme nationale* » devant permettre aux employeurs de mieux gérer les enjeux entourant la santé psychologique des employés. La norme a été conçue par l'Association canadienne de normalisation (Groupe CSA) et le Bureau de normalisation du Québec.

« *Les troubles mentaux et les maladies mentales sont généralement à l'origine d'environ 30 % des demandes d'indemnisation pour invalidité de courte et de longue durée*, a écrit la Commission en 2012. *Plus de 80 % des employeurs canadiens les classent parmi les trois facteurs les plus importants à l'origine des demandes d'indemnisation pour invalidité de courte et de longue durée.* »

Au cœur financier de Londres, le problème était tel que des grandes sociétés — Morgan Stanley, UBS, Aon, Deloitte, Bloomberg, KPMG, HSBC, etc. — ont décidé de créer la City Mental Health Alliance. L'objectif : développer une culture d'ouverture permettant à tous de parler librement de santé mentale sans la crainte d'être mis à l'écart.



<http://www.silvertimes.ca/fr/accueil/sante-mentale/le-chant-source-de-joie-benefique-pour-la-sante>

Le chant, source de joie bénéfique pour la santé

Élise Letourneau, M.Ed., directrice du Capital Vox Jazz Choir.



Le chant choral est une source d'épanouissement pour bon nombre d'adultes. Le chant est une forme d'expression de soi à laquelle s'ajoute le plaisir de chanter au sein d'un groupe. Le chant choral met à contribution chaque partie de l'être : le corps, l'esprit, la sensibilité et l'âme. Le corps du chanteur est son instrument. La lecture, la compréhension et l'interprétation de la musique font travailler l'esprit. Chanter avec passion et conviction fait appel à la sensibilité. Et il y a de ces moments

magiques et précieux où le chanteur se détache de sa partition musicale, devient musique et vit une expérience spirituelle intense.

Le chant choral diffère du chant solo de deux manières. D'abord, il s'agit d'une activité de groupe rassurante à laquelle se rattachent souvent des activités sociales agréables. Ensuite, le résultat final l'emporte largement sur tout ce que pourrait accomplir à lui seul un membre de l'ensemble vocal.

Bienfaits pour la santé

Le chant choral est très bénéfique pour la santé et contribue selon des études menées dans divers pays à ce qui suit :

- Amélioration du souffle et de la fonction respiratoire
- Amélioration de l'état de santé général
- Renforcement du système immunitaire ce qui améliore la capacité à combattre les infections et les maladies
- Amélioration de la fonction cérébrale chez les aînés
- Bienfaits émotionnels tels une assurance accrue et un sentiment de joie et de bien-être
- Gain d'énergie
- Amélioration de la posture et de l'équilibre

Une activité formidable tant pour les hommes que pour les femmes

Un peu partout en Amérique du Nord, les femmes sont plus enclines que les hommes à se tourner vers le chant. Sachez Messieurs que les chœurs sont toujours à la recherche de voix masculines et que le chant choral vous est tout aussi bénéfique sur le plan de la santé et social. À Montréal, des chercheurs ont interviewé les membres d'une petite chorale de sans-abris. Voici quatre thèmes qui sont ressortis de leurs propos :

1. Chanter en groupe allège la dépression et contribue au bien-être émotionnel et physique.
2. Chanter devant un public contribue à rehausser l'estime de soi et devient un moyen de réinsertion sociale.
3. La chorale assure aux hommes un milieu de soutien où ils peuvent acquérir des habiletés sociales et apprendre à travailler en équipe.
4. Chanter oblige les hommes à se concentrer sur l'apprentissage de la musique nécessaire à la présentation de concerts. Pendant ce temps, les choristes pensent moins à leurs propres problèmes.



<http://pelissolo.over-blog.com/2015/08/reduire-les-risques-de-schizophrenie-a-l-aide-des-omega-3.html>

Réduire les risques de schizophrénie à l'aide des oméga-3

12 août 2015

Voilà sans doute une étape essentielle de la recherche sur le traitement de la schizophrénie, comme il y en a eu peu au cours des dernières décennies. Non pas encore avec un traitement assurant la guérison des malades, mais peut-être à terme pour éviter qu'elle ne se développe chez certains jeunes porteurs d'un risque élevé de cette affection très handicapante tout au long de la vie. Ce résultat provient d'une étude publiée cette semaine dans la revue Nature Communications par une équipe autrichienne.

Les chercheurs ont proposé à 81 jeunes patients, âgés de 13 à 25 ans, de recevoir un traitement par oméga-3 pendant 12 semaines, car ils présentaient des signes de « ultra-haut risque » de développer une schizophrénie dans les mois ou les années à venir. Ces signes sont aujourd'hui relativement bien validés : il s'agit de

symptômes plus légers ou plus passagers que ceux de la véritable maladie, mais qui annoncent, dans au moins un tiers des cas, une évolution vers la schizophrénie complète par la suite.



Les oméga-3 sont des acides gras polyinsaturés, présents notamment dans certains poissons, qui jouent un rôle majeur dans la constitution des membranes cellulaires et notamment des membranes des neurones. Ils ont des effets protecteurs contre de nombreuses anomalies vasculaires ou métaboliques, et il a été montré qu'ils étaient insuffisamment présents dans le cerveau ou l'organisme des personnes souffrant de schizophrénie (comme d'autres troubles neuropsychiatriques d'ailleurs).

Les chercheurs ont donc voulu savoir si un apport supplémentaire d'oméga-3, à une période sensible où les symptômes commencent à apparaître et surtout où la plasticité du cerveau est très active, pouvait avoir un effet protecteur à long terme. Et c'est effectivement le résultat qu'ils ont obtenu, de manière assez nette, grâce à une étude très rigoureuse au plan scientifique. **Les participants ayant reçu des oméga-3 sont moins nombreux à avoir évolué vers la schizophrénie (4 sur 41, soit 9.8%) que ceux qui ont reçu un placebo (16 sur 40, soit 40%).** Bien sûr, l'attribution du traitement actif ou du placebo a été faite de manière aléatoire, ce qui permet de penser que les deux groupes étaient relativement similaires au début de l'étude. Par ailleurs, la **durée du suivi est d'environ 6 à 7 ans** pour tous les participants, avec donc une forte probabilité de détecter la maladie si elle devait survenir. D'autres indices relevés dans cette étude montrent que les personnes ayant reçu des oméga-3 ont non seulement moins de symptômes schizophréniques (ou des formes moins graves) par la suite, mais ont également moins d'autres troubles psychiques par ailleurs, ce qui est intéressant pour étendre cette piste peut-être à d'autres pathologies.

Il faudra bien sûr que ces résultats soient confirmés par d'autres équipes et avec plus de patients pour pouvoir utiliser plus largement les oméga-3 dans une vraie prévention de la schizophrénie chez les jeunes à risque. Mais cette voie semble très prometteuse, car elle s'appuie sur une logique scientifique indéniable et surtout qu'elle ne risque pas d'engendrer des risques supplémentaires pour les patients. En effet, les solutions dont nous disposons actuellement pour faire face à ce type de situation sont avant tout basées sur les médicaments, notamment les antipsychotiques, qu'il est toujours délicat de prescrire longtemps à des sujets jeunes du fait de leurs effets secondaires, surtout quand la maladie est encore incertaine. L'apport d'oméga-3 n'est pas connu, aujourd'hui en tout cas, comme exposant à des effets secondaires importants, ce qui permettrait de l'utiliser plus facilement que les médicaments classiques.

D'autres recherches du même type sont actuellement en cours avec d'autres produits, mais il faut aussi rappeler que la prévention de la schizophrénie passe aussi par la suppression de certains facteurs de risque d'aggravation voire de décompensation, dont le plus clairement connu est actuellement la consommation de cannabis...

ANDROGENA De la conscientisation et de l'esprit critique

<https://androgena.wordpress.com/2014/07/31/les-interventions-dites-comportementales-savereraient-efficaces-pour-le-tDAH/>

Les interventions dites comportementales s'avéreraient efficaces pour le TDAH

PUBLIÉ LE 25 MARS 2014 par PHILIPPE JEAN

L'usage des interventions dites comportementales (*behavioral interventions*) dont l'objectif relève du traitement chez les enfants et les adolescents souffrant de troubles de l'attention (TDAH) peut effectivement améliorer significativement à la fois le fonctionnement de l'enfant et du parent, suggère une nouvelle recherche.

Une méta-analyse réalisée pour le compte de l'European ADHD Guidelines Group de 32 études sur les jeunes atteints de cette condition a montré que les familles qui ont reçu des interventions dites comportementales (*behavioral interventions*) ont connu des améliorations significatives au niveau du parentage (*parenting*) et des concepts de soi parentales (*parental self-concept*), ainsi qu'une amélioration des problèmes concomitants de comportement chez les enfants.

Le message clé de cette étude explique que les interventions dites comportementales telles que les formations parentales sont une importante composante de traitements multimodaux pour le TDAH, selon le co-enquêteur Edmund J. S. Sonuga-Barke, PhD, professeur de psychopathologie du développement à l'Université de Southampton au Royaume-Uni et visitant les professeurs au University of Ghent.

Ainsi, ce n'est pas nécessairement en raison de leurs effets sur les symptômes [noyaux] du TDAH, mais plutôt parce qu'ils peuvent améliorer les compétences parentales, augmenter le fonctionnement social, et réduire les comportements d'opposition et de défi.

L'étude a été publiée dans l'édition d'août du *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

Des aboutissements plus étendus

Les chercheurs indiquent qu'ils voulaient bâtir à partir d'une récente méta-analyse menée par le Dr Sonuga-Barke et fournir certaines réponses quant à un éventail plus large d'aboutissements chez l'enfant et les parents. Ils voulaient également répondre aux trois questions suivantes :

- Est-ce que les interventions comportementales améliorer les réponses des adultes face aux enfants atteints du TDAH?
- Pour les adultes qui travaillent avec ces enfants, est-ce que les interventions améliorer leur sentiment de compétence (c.f. sentiment d'auto-efficacité) tout en diminuant leurs propres problèmes de santé mentale?
- Est-ce que ces interventions diminuent les niveaux de comportement d'opposition et à la dépréciation des compétences sociales et le rendement scolaire chez l'enfant ?

Les chercheurs ont mené une revue systématique des essais contrôlés randomisés (ECR ; *randomized controlled trials – RCT*) publiés jusqu'au 5 février 2013 de personnes âgées de 3 à 18 ans qui ont été diagnostiqués TDAH. Parmi ceux-ci, 32 essais ont été inclus dans l'analyse actuelle.

Les participants aux essais cliniques randomisés ont reçu soit une « condition de contrôle » (*control condition*), soit des interventions dites comportementales, qui ont été définies comme l'augmentation des comportements souhaités et la réduction des comportements indésirables grâce à une gestion classique de contingence, la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie dite comportementale par les parents ou les enseignants médiateurs. Le tout a été mis en œuvre dans un cadre scolaire ou de la maisonnée.

Les « conditions de contrôle » (*control condition*) comprennent notamment le traitement habituel (y compris les médicaments) ou les listes d'attentes.

Les mesures des aboutissements comprenaient notamment l'amélioration de la parentalité positive et négative (évalués à 9 et 14 essais, respectivement); l'anxiété, la dépression, ou d'autres comportements de santé mentale chez les parents (évaluée dans 9 essais); et le concept de soi parental/le sentiment de compétence (évaluée dans 7 essais ; c.f. sentiment d'auto-efficacité).

D'autres mesures ont porté spécifiquement sur les enfants et qui comprennent notamment des améliorations des symptômes du TDAH (évalués dans 19 des études), l'amélioration des problèmes de comportement (évalués à 15 essais), ainsi que la réussite scolaire et les compétences sociales (évalués dans 9 essais chacun).

Traitement de première ligne

Les résultats des essais d'évaluation généralement en mode « non aveugles » ont montré que les familles qui sont passées par des interventions comportementales ont considérablement amélioré les scores de parentage (*parenting*) positif et négatif (différence standardisée moyenne [*standardized mean difference – SMD*], 0.68 et 0.57, respectivement), du concept de soi parental (SMD, 0.37), ainsi que des symptômes chez l'enfant TDAH (SMD, 0.35), des problèmes de comportement (SMD, 0.26), de rendement scolaire (SMD, 0.28), et des compétences sociales (SMD, 0.47).

Les essais de qualité supérieure de mesure des symptômes de TDAH ont donné des effets plus importants. De plus, la méta-régression a montré des effets plus importants dans les études chez les jeunes enfants, pour les mesures de la plupart des parentages plus positifs ($P = 0.03$), des symptômes TDAH ($p = 0.05$), et des problèmes de comportements ($P = 0.03$).

Dans les essais contrôlés randomisés, probablement en mode aveugle, de significatives améliorations ont persisté pour les groupes quant aux interventions dites comportementales de parentage positif et négatif (SMD, 0.63 et 0.43, respectivement) et quant aux problèmes « conduites » chez l'enfant (SMD, 0.31).

Aucun des essais ne comportait une mesure en mode « probablement aveugle » pour les symptômes du TDAH. En outre, il n'y avait pas d'effets significatifs des traitements dans l'une des études dans les mesures de la santé mentale des parents.

Bien que plus de preuves soient nécessaires avant que les interventions dites comportementales soient mises en oeuvre à titre de traitement de première ligne pour les symptômes noyau du TDAH, les chercheurs ont montré la preuve qu'ils ont des effets bénéfiques sur le parentage et le sens de l'autonomisation (*empowerment*) des parents et d'effets corroborés de manière indépendante sur les problèmes de comportement des enfants atteints du TDAH.

Ils ajoutent que les analyses en mode « probablement aveugle » sont également nécessaires pour confirmer leurs conclusions quant à l'amélioration de la réussite scolaire et des compétences sociales. De plus, une plus grande exploration s'avère nécessaire sur l'effet modérateur de l'âge de l'enfant sur l'aboutissement de l'intervention.

Des bénéfiques évidents

Un traitement efficace [du TDAH] s'avère crucial compte tenu de la chronicité bien documentée et la nature de compromettante de la condition, selon Linda J. Pfiffner, PhD, professeur de psychiatrie à l'Université de Californie, San Francisco.

Elle note que les médicaments stimulants et les interventions comportementales sont deux des traitements les plus étudiés lorsqu'il est question du TDAH.

Les lignes directrices de pratique professionnelle recommandent généralement soit l'un de ces traitements ou les deux traitements à la fois pour le TDAH, selon l'âge et la gravité des symptômes, écrit-elle. En raison de limitations de chaque traitement, les approches multimodales sont souvent recommandées.

Dr Pfiffner ajoute que la méta-analyse présente « les avantages évidents » des interventions dites comportementales chez les parents et sur les aboutissements chez les enfants. Elle note que cela montre également qu'en mettant l'accent sur la réduction des symptômes du TDAH comme unique aboutissement(s) sous-estime l'impact important et plus étendu des interventions dites comportementales.

Elle signale que les déficits fonctionnels ou les problèmes de comportement sont souvent générés par les familles qui cherchent à se faire soigner — et qu'ils sont généralement les principales cibles des interventions dites comportementales.

Tel qu'indiqué par les enquêteurs, les conclusions concernant les déficiences fonctionnelles sont particulièrement importantes étant donné que la médication n'a généralement eu que peu d'effets en ces domaines, écrit-elle.

Elle ajoute que la recherche sur les traitements a encore plusieurs défis persistants à relever, en particulier lorsqu'il s'agit des mesures sur les aboutissements.

Il y a... un besoin pour plus de clarté et de consensus quant aux niveaux de preuve nécessaires pour tirer des conclusions sur l'efficacité d'une intervention. De plus, il n'existe aucun système clair d'évaluation et d'interprétation des résultats mitigés, au sein, et entre, les études, écrit le Dr . Pfiffner.

Une multi-méthode (*multi-method*), et l'approche multi-informatrice (*multi-informant approach*) quant à l'évaluation des traitements ont le potentiel de fournir une image beaucoup plus nuancée sur l'efficacité d'un traitement que les approches individuelles et offriraient un meilleur pairage quant aux complexités inhérentes du traitement du TDAH et de ses troubles associés (comorbidités), ajoute-t-elle.

En fin de compte, ces approches semblent les mieux placés pour informer quant à la prise de décision et des lignes directrices cliniques pour la pratique médicale.

Dr Pfiffner n'a signalé aucun conflit d'intérêts. Les auteurs de l'étude ont noté plusieurs informations, dont la liste figure dans l'article original.

— —

Sources

1. http://www.medscape.com/viewarticle/829192?src=wnl_edit_tpal&uac=161915BT
2. [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(14\)00408-0/abstract…](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(14)00408-0/abstract…)

Références

3. [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(14\)00256-1/fulltext](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(14)00256-1/fulltext)

4. Pliszka S AACAP Workgroup on Quality Issues. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46:894–921
 5. Pelham WE, Fabiano GA. Evidence-based psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008;37:184–214
 6. DuPaul GJ, Eckert TL, Vilaro B. The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis 1996-2010. *School Psychol Rev.* 2012;41:387–412
 7. Evans SW, Owens JS, Bunford N. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder [published online ahead of print November 18, 2013]. *J Clin Child Adolesc Psychol.* PMID:24245813.
 8. Fabiano GA, Pelham WE, Coles EK, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev.* 2009;29:129–140
 9. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics.* 2011;128:1007–1022
 10. Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry.* 2013;170:275–289
 11. Chronis-Tuscano A, Chacko A, Barkley RA. Key issues relevant to the efficacy of behavioral treatment for ADHD [letter to the editor]. *Am J Psychiatry.* 2013;170:799
 12. Galanter CA. Limited support for the efficacy of nonpharmacological treatments for the core symptoms of ADHD [editorial]. *Am J Psychiatry.* 2013;170:241–244
 13. Daley D, van der Oord S, Ferrin M, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014;53:835–847
 14. Fabiano GA, Pelham WE, Gnagy EM, et al. The single and combined effects of multiple intensities of behavior modification and methylphenidate for children with attention deficit hyperactivity disorder in a classroom setting. *School Psychol Rev.* 2007;36:195–216
 15. Pelham WE, Burrows-MacLean L, Gnagy EM et al. A dose-ranging study of behavioral and pharmacological treatment in social settings for children with ADHD [published online ahead of print January 16, 2014]. *J Abnormal Child Psychol.* PMID:24429997.
-