

Revue de presse critique en santé mentale Février 2016



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

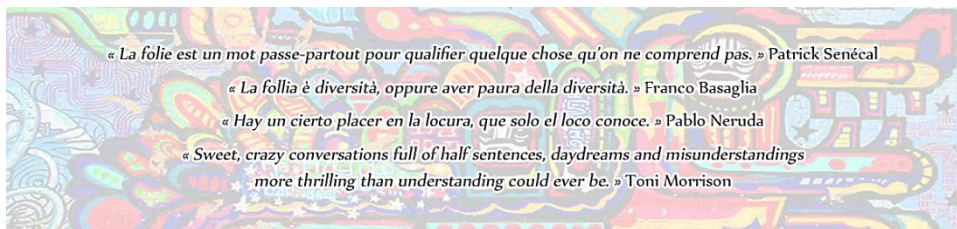
Cette revue de presse critique aborde les sujets suivants :
Psychiatrie et médication, Jeunes et santé mentale et Vision et pratiques alternatives.

Les articles ont été colligés par Robert Théoret.

Contenu

Comment devient-on fou ? Et que faire pour ne pas le devenir.....	3
JE SUIS FOU, DONC JE SUIS.....	4
Les mécanismes psycho-sociaux de l'aliénation néolibérale (Olivier Labouret).....	7
Comment on peut s'épanouir après un traumatisme psychologique.....	12
Diminuer la médication des états d'âme ou des désordres psychologiques?.....	15
Santé mentale, femmes et médicalisation : Interférences	24
Sommes-nous tous potentiellement fous ?	28
La phobie sociale, mal du siècle	33
Les cinq méthodes de l'industrie pharmaceutique pour nous bourrer de médicaments inutiles.....	35
Tous un peu TOC?.....	41
Le réseau des Groupes de Soutien Mutuel* : un exemple d'autogestion de la santé mentale.....	43
Les malades mentaux sont parmi nous, n'ayez pas peur.....	48
Plus d'une pensée suicidaire sur quatre est liée au travail	50
IL FAUT ROMPRE AVEC TINA	51
BEING A TEENAGER IS NOT A MENTAL ILLNESS	54
Recovering or adjusting to illness?.....	56

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



<https://comedesfous.wordpress.com/2016/01/03/comment-devient-on-fou-et-que-faire-pour-ne-pas-le-devenir/>

Auteur : Joan | 3 janvier 2016 | Expression libre

Comment devient-on fou ? Et que faire pour ne pas le devenir.

On peut avoir des comportements fous, défiant l'entendement ou la morosité ambiante, encore heureux ! Mais il est malheureux de dire de quelqu'un qu'il est fou, qu'elle est folle : c'est considérer que cette personne a perdu la tête, c'est la déshumaniser. Il n'y a pas d'un côté les sains d'esprit et les fous de l'autre qu'il suffirait d'identifier, puisque chacun porte en soi une part de raison gardée. Et bien des folies ne sont que passagères. La folie se nourrit de notre rapport au monde qui nous entoure, de notre (in)capacité à exister dans le monde tel qu'il est. Chacun aspire à devenir acteur de son existence et à donner un sens à ce qu'il vit. Ne pas comprendre, voilà ce qui dérange.

La figure du fou, cette « inquiétante étrangeté », hante notre imaginaire collectif. Un fou ça crie, ça parle tout seul et ça dérange. D'où cette **peur de devenir fou** soi-même. Devenir fou, c'est couper les ponts de toute communication possible. C'est brûler vif comme un carré de sucre plongé dans un café, sentir qu'on est en train de se noyer puis se désagréger, se dissoudre sans comprendre ce qui nous arrive.



Généralement, tu deviens un criminel aux yeux du monde le jour où tu passes par la case prison. Dans notre cas, tu deviens fou le jour où tu te réveilles dans un hôpital psychiatrique et que tu commences à prendre des médicaments qui te rendront la vie amère.

C'est souvent au passage de l'adolescence à l'âge adulte que les gens basculent dans la psychiatrie, médecine qui soigne les maladies de l'esprit par les médicaments. Pour ces maladies on parle de soin et non pas de guérison. Les personnes suivies en psychiatrie peuvent se rétablir mais leur sensibilité et fragilités font de leur vie un combat quotidien.

*Le temps est la substance dont je suis fait.
 Le temps est un fleuve qui m'emporte, mais
 je suis le fleuve ; c'est un tigre qui me
 dévore, mais je suis le tigre ; c'est un feu qui
 me consume, mais je suis le feu.*

Jorge Luis Borges.

Que faire pour ne pas devenir fou.

Devenir fou, c'est perdre le contrôle, se sentir débordé par une forte inquiétude pour les siens, pour soi-même à ne plus en dormir. L'important c'est d'arrêter la machine à temps. *Marx avait dit que les révolutions sont la locomotive de l'histoire mondiale. Mais peut-être les choses se présentent-elles tout autrement. Il se peut que les révolutions soient l'acte, par lequel l'humanité qui voyage dans ce train, tire le frein d'urgence.* Walter Benjamin.

Pour ne pas se brûler les ailes, il faut apprendre à vivre avec les autres :

- Écouter et surtout **dialoguer**, trouver les mots pour exprimer ce qu'on ressent. Il ne s'agit pas de devenir copain avec la Terre entière mais de ne pas se couper des autres, se faire des amis et ne pas s'empêcher de dire ce qu'on pense.
- **Savoir se préserver sans s'empêcher de vivre**, ne pas collectionner les regrets, les amours déçus, les complexes qui finiront un jour par resurgir. Savoir varier les plaisirs et ne pas s'obséder dans son activité préférée.
- **Apprendre à voir** la vie avec un sourire et un peu détachement, car à trop se prendre au sérieux, l'esprit s'endurcit et n'en devient que plus cassant et fragile. Garder un esprit ouvert et flexible pour pouvoir faire face à l'inconnu.
- **Apprendre à changer** son regard sur soi-même pour pouvoir changer ce qui nous entoure.
- **Savoir accepter le soutien des autres.**



<http://itineraire.ca/1591-article-je-suis-fou-donc-je-suis-edition-du-vendredi-1er-novembre-2013.html>

Le vendredi 1^{er} novembre 2013 | Sophie Gillig

JE SUIS FOU, DONC JE SUIS

Les grandes maladies de notre époque sont l'anxiété, la dépression et, désormais, une flopée de troubles de santé mentale parfois farfelus. Entre l'éclatement de la famille et les rythmes de travail effrénés de la société actuelle, pas étonnant qu'on soit le fou de quelqu'un d'autre. Mais à mots couverts, les patrons, l'État et les psychiatres ont tendance à placer le blâme sur ceux qui souffrent, en les qualifiant de malades mentaux.

Gare à vous si votre enfant est irritable et pique des colères plusieurs fois dans la semaine! Il n'est pas en pleine crise d'adolescence mais est plutôt atteint du syndrome d'«humeur explosive». Mesdames, vous êtes prises de sautes d'humeur à l'approche de vos menstruations? Vous souffrez certainement de «trouble dysphorique prémenstruel». Vous avez perdu un être cher dans les deux dernières semaines et n'avez toujours pas remonté la pente. Vous faites évidemment une dépression.

Le nouveau Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, appelé DSM-5 et paru en mai dernier, a provoqué de vives réactions chez les différents acteurs de la santé mentale. Les exemples cités plus haut font partie des nouveaux venus parmi les 297 troubles mentaux répertoriés dans cette bible des psychiatres.

Beaucoup trop aux yeux des critiques, qui jugent que l'on transforme des comportements excentriques en maladies de l'âme.

En s'allongeant de décennie en décennie, le DSM finit par laisser croire que l'on est tous le fou de quelqu'un d'autre. «C'est l'idée que tout le monde se sente concerné et, en effet, comment ne pas l'être quand un manuel de psychologie de 900 pages représente la vie humaine. Si on ne se reconnaît pas dans le DSM, c'est qu'on n'existe pas!», lâche Marcelo Otero, professeur de sociologie à l'Université du Québec À Montréal (UQÀM). Ces changements dans le manuel risquent d'augmenter la proportion de personnes susceptibles de recevoir des diagnostics psychiatriques, d'être stigmatisé inutilement et d'augmenter les prescriptions de médicaments.

»On ne se pose pas les bonnes questions»

Déposé il y a un an par le commissaire Robert Salois, le rapport sur l'état de la santé mentale au Québec propose cinq grandes recommandations et 15 actions concrètes afin d'améliorer la performance du système de santé et des services sociaux dans le secteur de la santé mentale au Québec. Outre la lutte à la stigmatisation, le rapport préconise la prévention des troubles mentaux auprès des jeunes de moins de 25 ans, de consolider les liens entre les différents services de soins en santé mentale, d'assurer un accès équitable à des services de psychothérapie et de favoriser la participation sociale des personnes atteintes de troubles de santé mentale.

«Nous avons déjà mis en place des mesures de prévention des troubles de santé mentale, notamment auprès des gens suicidaires avec l'aide d'organismes communautaires. Des travaux sont également en cours afin d'assurer des soins de santé équitables», précise Marie-Claude Lacasse, chargée des relations de presse au ministère de la Santé et des Services Sociaux. Elle ne peut en dire plus pour le moment, un nouveau plan d'action devant être publié prochainement.

«La discussion du rapport Salois n'est, selon moi, pas très intéressante parce que la définition de la maladie mentale n'y est étudiée qu'à partir de la psychiatrie et on ne la remet pas en question, critique Marcelo Otero. On ne se pose pas les bonnes questions car on réduit tout à la question de la maladie comme si elle nous tombait dessus, mais on oublie qu'un problème de santé mentale est une problématique à la fois médicale et sociale.»

Alain Bachand, auteur de L'imposture de la maladie mentale, écrit que cadrer la question en termes de maladie cache le fait que «nous avons affaire à une forme déguisée de discours moral... Si les comportements inconvenants sont susceptibles d'être interprétés comme des signes de maladie mentale, les conduites convenables sont interprétées comme des signes de santé mentale». La maladie est ainsi un problème médical et non plus une détresse humaine à situer dans son contexte social.

La pression professionnelle

La dépression a augmenté de manière fulgurante depuis les trente dernières années à tel point qu'elle deviendra d'ici 2030 la première cause de morbidité. Les Occidentaux dépressifs sont de plus en plus nombreux et les récents changements sociaux et démographiques ne sont pas étrangers à cela. Dans son livre, Tous Fous, publié aux éditions Écosociété, Jean-Claude St-Onge affirme que «les exigences de performance qui n'en finissent plus de porter la barre plus haut, le devoir de bonheur, l'idéologie du «tout est possible», la tyrannie de

l'apparence physique [...] Ces exigences exercent une pression telle sur le corps et le psychisme qu'ils ne peuvent pas le supporter.»

«Nous vivons aujourd'hui dans une société individualiste de masse où le travail occupe la place centrale de nos vies au détriment de la famille, comme c'était le cas dans le passé, rapporte Marcelo Otero. Aujourd'hui, si on vit une séparation, cela sera beaucoup moins important que si l'on perdait notre identité professionnelle.» Pour le sociologue, si on ne remet pas en doute l'organisation du travail, on ne pourra pas comprendre la hausse de la dépression. Une vision que nuance Alain Marchand, professeur à l'École des relations industrielles de l'Université de Montréal. «Les éléments de troubles de santé mentale se rapportent souvent au travail, mais pas seulement. Cela dépend aussi des relations familiales et des traits de personnalité de chacun. Le travail n'est pas le seul déclencheur.» Cette position évoque celle adoptée par le Conseil du patronat Québec qui met l'accent sur la responsabilité individuelle en contestant tout cadre voulant responsabiliser les employeurs.

Changer de cadre

Face aux taux d'absentéisme alarmant de 30 % et des pertes de productivités estimées à 50 milliards \$, les entreprises augmentent les initiatives afin de limiter les impacts des troubles de santé mentale de leurs employés, rappelle le professeur Marchand. «Dans des organisations où on privilégie la reconnaissance, la gratification et de bonnes conditions de travail, on observe beaucoup moins de symptômes de maladie mentale. Au contraire, si la charge de travail est trop lourde, que les employés n'ont pas assez d'autonomie et vivent des relations conflictuelles avec leurs collègues, cela va provoquer des situations à risque.»

On lit entre les lignes des discussions des intervenants des milieux industriels un souci constant de trouver la juste dose de pression professionnelle qu'il est possible d'exercer sans qu'un employé ne craque. Selon MM. Bachand et Otero, particulièrement critiques de cette position, la solution ne consisterait pas uniquement à se bourrer de médicaments et à parler à son psychologue, mais à recadrer la question de la santé mentale. «Il ne faut pas seulement s'attarder sur les symptômes, le problème est beaucoup plus complexe. Ce sont tous les rapports entre le travail et la famille qu'il faut repenser avant de dire qu'une personne est déprimée et souffre de maladie mentale», conclut Marcelo Otero.

- **Une personne sur cinq est susceptible d'être atteinte d'un trouble mental au cours de sa vie.**
- **Les troubles anxiodépressifs constituent près des deux tiers (65%) des troubles mentaux.**
- **23% des Québécois âgés de 15 ans et plus sont atteints, à un moment de leur vie, d'au moins un trouble anxieux (trouble de panique, phobie sociale, agoraphobie) ou de l'humeur (dépression, manie).**
- **Selon Statistique Canada, 60% des gens ne vont pas chercher de l'aide en raison de la méconnaissance de la maladie et de la peur de la stigmatisation.**
- **La population défavorisée est plus à risque en raison de conditions de vie stressantes et du manque de facteurs de protection.**



<https://blogs.attac.org/groupe-societe-cultures/articles-cultures-anthropologie/article/les-mecanismes-psycho-sociaux-de-l>

Jeudi 31 janvier 2013, par [Groupe Société-Cultures](#)

Les mécanismes psycho-sociaux de l'aliénation néolibérale (Olivier Labouret)

Comment penser et affronter les bouleversements impensables qui nous affectent aujourd'hui ?
(Université d'été d'Attac, Toulouse, 2012)

On va chercher à comprendre comment le néolibéralisme nous aliène tous collectivement, certes, mais surtout chacun d'entre nous, individuellement. Pas seulement les couches populaires, les français moyens, les « beaufs », les lecteurs de Gala, les spectateurs de TF1 ou les électeurs qui marinent, mais vous, moi, nous tous... Tant qu'on nie cette évidence que chacun d'entre nous est étroitement, inconsciemment aurait dit Freud, conditionné par les valeurs égoïstes de la compétition marchande, tant qu'on n'a pas compris que les bouleversements qui nous affectent ne sont pas seulement de nature économique et sociale, mais de nature psychologique et individuelle, c'est à dire s'immiscent en nous jusqu'à influencer notre pensée elle-même, comment peut-on prétendre faire de l'éducation populaire, concrètement, comment accomplir une quelconque transition ? En réalité, la guerre économique est aussi une guerre psychologique. Et si l'on veut penser autrement, sortir du déni de réalité dominant, guérir du « capitalisme cognitif » qui doit faire de nous les meilleurs sur le marché de l'emploi, du savoir et de la renommée, ici sur le campus du Mirail comme ailleurs, il faut connaître parfaitement l'ennemi, même et surtout quand il est tellement sournois qu'il s'est tapi à l'intérieur de soi, dans les recoins de son psychisme, ou ce qu'on nomme aujourd'hui communément tel.

Au fond, la question est de comprendre comment la loi du marché a finalement fait pour rentrer subrepticement, mais au sens propre, à l'intérieur du cerveau, de nos cerveaux... Car ce n'est pas un vain mot, quand on sait qu'une discipline nouvelle a vu le jour et a été adoptée par les plus hauts conseillers des gouvernements occidentaux : la neuro-économie. Ces économistes au pouvoir ont intégré la technique comportementale et les neurosciences à leurs travaux. Un rapport du Centre d'analyse stratégique de 2010, officine d'experts patentés aux ordres du premier ministre français, mais rapport codirigé par un conseiller du président Obama, Richard Thaler, se targue ainsi de pouvoir littéralement « rentrer dans le cerveau du consommateur », grâce en particulier à l'imagerie cérébrale, pour orienter, influencer ses choix économiques...

Cela ne fait que confirmer redoutablement l'essentiel de mon propos : l'idéologie comportementale et cognitive, qui considère que l'individu, réduit à un instrument de traitement de l'information, peut être conditionné dans ses choix par un ensemble de sanctions et de récompenses, la bonne vieille méthode de la carotte et du bâton, est devenue une idéologie d'Etat pour les gouvernements néolibéraux : à travers un ensemble de techniques de propagande, il leur est possible aujourd'hui non seulement de conformer le comportement de chacun aux normes du marché, mais surtout de favoriser leur intégration cognitive, pour en faire une loi naturelle, incontestable... Quiconque y déroge, dorénavant, peut être ainsi déclaré objectivement,

scientifiquement, souffrant sinon malade, et relever d'un traitement psychologique, et médical.

Parler de ma place de psychiatre, praticien hospitalier de service public, pour décrire ces phénomènes est une position privilégiée, car l'évolution de la psychiatrie témoigne en première ligne de cette évolution de la doctrine néolibérale : la psychiatrie constitue un miroir grossissant de ce que le système de domination économique dans lequel nous vivons est en train de faire de la subjectivité de chacun d'entre nous. La psychiatrie n'a plus en effet pour rôle de soigner des maladies mentales, strictement définies par un ensemble de symptômes, mais s'occupe désormais officiellement de programmer la santé mentale des populations, santé mentale définie négativement, par l'absence de toute déviance comportementale vis à vis de la norme socio-économique. Un autre rapport, quasi-simultané, du Centre d'analyse stratégique gouvernemental, dirigé cette fois par une professeure d'épidémiologie formée à l'école comportementaliste et scientiste canadienne, Viviane Kovess, définit en effet la santé mentale, qui est « l'affaire de tous », comme « la capacité à s'adapter à une situation à laquelle on ne peut rien changer, (ou encore) l'aptitude à jouir de la vie ». Il s'agit là ni plus ni moins de la définition de l'individu libéral héritée de Adam Smith, voire du marquis de Sade : la recherche égoïste et concurrentielle de l'intérêt individuel fait la richesse des nations et le bonheur collectif. Viviane Kovess est l'une des promotrices d'un programme européen de santé mentale visant à conditionner celle-ci par des logiciels d'apprentissage dès l'enfance. On voit que la psychiatrie est bel et bien devenue l'instrument d'une politique européenne et mondiale de santé, ou plutôt de conformité mentale, faisant d'ailleurs l'objet en France de plans quinquennaux, soutenus par la fondation d'État FondaMental. Cette dernière a pour mission de dépister tout trouble, toute défaillance individuelle le plus précocement possible, et de les corriger par la « psycho-éducation », car ils nuisent à la compétition économique, ainsi que l'affirmait son ancienne présidente, parlementaire UMP... La psychiatrie est donc aujourd'hui vraiment une affaire d'État : elle est instrumentalisée par le pouvoir néolibéral pour lui servir de caution scientiste à sa politique gestionnaire et répressive qui ne cesse de se durcir (comme le laisse à penser la continuité de la politique d'expulsion des étrangers en situation irrégulière depuis le changement présidentiel). Elle est devenue l'arme principale du contrôle socio-économique des comportements déviants, délinquants et même simplement défaillants. Comment diable en est-on arrivés là ?

Survol de l'évolution historique de la psychiatrie

La psychiatrie est née avec les lumières et a grandi avec le scientisme positiviste : dès son origine, elle a constitué un système symbolique essentiel pour la civilisation occidentale (donnant une représentation acceptable de la folie et de la finitude, par le déplacement symbolique de la souffrance, de la violence sociale vers le psychisme individuel et la science médicale). Mais ce qui se passe aujourd'hui, c'est que ce système symbolique est devenu un système de propagande au service de l'ordre néolibéral : la métaphore psychologique et médicale permet de nier la violence que celui-ci exerce, de naturaliser la norme économique dans la subjectivité, de faire rentrer la loi du marché à l'intérieur de nos neurones sinon jusque dans nos gènes... La pression normative écrasante qui s'exerce aujourd'hui sur chacun d'entre nous et dans le monde entier est ainsi niée symboliquement, par psychiatrie interposée. Comment une telle mutation s'est-elle opérée, en deux siècles d'histoire ?

Passons rapidement sur les deux guerres mondiales : à leur décours, avec Freud puis Parsons, le système symbolique médico-psychologique se prend de plus en plus pour la réalité, l'adaptation psychologique devient la norme individuelle du progrès civilisationnel. Mais c'est surtout avec la chute du mur de Berlin que ce système

de croyances acquiert la force d'une conviction absolue. Avec l'effondrement du bloc communiste vient le triomphe du néolibéralisme, et le début de la troisième guerre mondiale : le seul ennemi devient l'individu, à embrigader dans la guerre économique. Ce tournant se traduit par la mondialisation de l'idéologie comportementale : tout trouble est désormais une maladie mentale. Apparaissent en effet en cascade les classifications mondiales des troubles du comportement, et en France la loi sur l'hospitalisation d'office des troubles à l'ordre public, ainsi que la circulaire instaurant la politique de santé mentale. C'est aussi le début du contrôle informatique effréné des activités humaines.

Dix ans plus tard, surviennent les attentats du World trade center, simple incident de parcours dans cette fuite en avant hégémonique du système néolibéral : le terroriste se cache parmi nous, l'ennemi est intérieur. On assiste alors à une avalanche de lois sécuritaires (plus de trente en dix ans). Encore presque dix ans plus tard, 2008, voici la crise ultime des subprimes. La bulle n'est pas seulement spéculative mais psychologique, la dépression est tout autant nerveuse qu'économique : c'est la baudruche consumériste qui éclate, l'illusion de la possession matérielle pour tous qui s'effondre. Pour sauver le capitalisme, au moins temporairement, il n'y aura pas d'autre solution que de « changer les comportements et les mentalités », projet que le président Sarkozy annoncera à plusieurs reprises. Son discours de Toulon sera très rapidement suivi du discours d'Antony instrumentalisant un fait divers, le meurtre commis par un schizophrène malencontreusement échappé d'un hôpital psychiatrique, pour annoncer le grand tournant sécuritaire de la psychiatrie : celle-ci devra dorénavant garantir le risque zéro. Vous voyez qu'il existe un rapport dialectique étroit entre science psychiatrique et crise économique...

Tout malade est un criminel en puissance, et tout individu est un malade qui s'ignore, pour peu qu'il trouve à redire à l'ordre en place : moins de 3 ans plus tard, cette dérive sécuritaire se concrétise dans la loi du 5 juillet 2011, instaurant les « soins sans consentement ». On peut, on doit désormais surveiller et traiter de force tout trouble du comportement, par des « programmes de soins » à domicile. Voici comment la psychiatrie est devenue sans coup férir une arme de dissuasion massive de tout remise en cause individuelle dérangeante du système de domination néolibéral, permettant un déni symbolique de toute contrainte, de toute violence socio-économique

État des lieux actuel de la psychiatrie : une triple dérive qui s'accélère

Dérive scientiste : c'est donc le triomphe de l'idéologie comportementale, qui diffuse la bonne santé mentale dans l'ensemble de la société, du sommet de l'État à la dernière des classes maternelles en passant par le monde de l'entreprise, à travers les procédures d'évaluation et échelles de comportement. Cette idéologie au pouvoir est renforcée par un véritable délire scientiste : la norme comportementale a une origine biologique, tout trouble doit avoir forcément une cause médicale, organique. C'est le sens des recherches faramineuses en neurosciences et sur la vulnérabilité génétique : tous les troubles, toutes les déviations sont concernés (hyperactivité, troubles des conduites, addictions, conduites suicidaires, troubles bipolaires et labiles...). Des intérêts colossaux sont en jeu, à la fois scientistes (congrès et publications de la psychiatrie universitaire, instituts de recherche privés comme FondaMental et publics avec l'Inserm), politiques (prises de positions gouvernementales, rapports du Centre d'analyse stratégique) et industriels (poids du lobbying pharmaceutique). On a parlé des recherches en neuro-économie, il faut citer également la classification internationale DSM-5 dont

la parution est imminente, et qui décrit des troubles prédictifs : désormais, il faut dépister le trouble le plus précocement possible voire avant même qu'il arrive pour le tuer dans l'œuf !

Dérive marchande : comme dans tous les services publics, ou ce qu'il en reste, c'est le triomphe de l'idéologie managériale cognitivo-comportementaliste de la rentabilité, de l'évaluation, de la qualité, réalisant une course incessante à la performance (sélection des meilleurs soignants au mérite, et culpabilisation, mise à l'écart des incapables), parallèlement à une pénurie croissante des moyens et à un contrôle administratif renforcé, et aboutissant à une perte de toute indépendance et de toute éthique professionnelle.

Dérive sécuritaire enfin, cachant une violence institutionnelle qui s'accroît : cinq lois et deux circulaires en cinq ans, psychiatisant toujours plus la déviance et la délinquance, et accompagnant des pratiques « soignantes » de plus en plus coercitives. La mission de la psychiatrie devient l'expertise prédictive omnipotente de la dangerosité, parallèlement à la mise en place d'un fichage généralisé des populations à problèmes, qui coûtent trop cher, pour les trier voire les éliminer en douceur. Surtout, la loi du 5 juillet 2011 instaure une société de contrôle d'un genre nouveau, à travers les soins sans consentement à domicile, autrement dit le déni psychiatrique de toute contrainte extérieure pesant sur l'individu. On assiste là à l'abolition de tout libre-arbitre, de la possibilité de penser différemment, et finalement de la vie privée, par une loi qui dicte à toute la population le bon comportement individuel. Dorénavant, chacun devra se conformer de lui-même à des normes posées comme une réalité absolue, même si il n'y consent pas. C'est l'avènement d'un état policier où la psychiatrie exerce la police des comportements, le ministère de l'intérieur psychique, conditionnant une normopathie de masse, au sens de Hannah Arendt. L'implosion psychologique remplace toute possibilité d'explosion sociale, chacun est tenu d'être surveillé et traité médicalement chez soi et en soi pour être heureux... C'est l'avènement de l'hygiénisme du bonheur obligatoire, du repli programmé dans le confort de son cocon personnel, mais aseptisé, vidé de toute distance critique, de toute altérité.

La psychiatrie resituée dans l'évolution socio-économique : la propagande néolibérale

C'est la stratégie du choc psycho-économique dont parle Naomi Klein, autrement dit l'application systématique par le pouvoir des méthodes cognitivo-comportementales de soumission (on parlera de renforcement positif et négatif, ou en plus imagé de la carotte et du bâton).

La « carotte », c'est la propagande spectaculaire et marchande du divertissement, de la consommation, et la propagande techno-scientiste (mythe du progrès, de la croissance, de l'amélioration des performances...). Elle est portée par le marketing publicitaire, les industries culturelles, la télévision, les technologies de l'information et de la communication (TIC), les jeux vidéo : tous ces moyens reposent sur le culte de l'argent roi et le star système, la promesse du bonheur et de la possession ; ils agissent par hypnose, tendant un miroir narcissique dans lequel se reflète et se leurre toute la société. Ainsi se réalise une auto-excitation vers toujours plus, une fuite en avant incessante, un emballement, comme un tourbillon qui nous emporte irrésistiblement...

Le « bâton », c'est la politique de la peur de l'ennemi intérieur, du bouc émissaire : une police de plus en plus répressive (gardes à vue, délits d'outrage, manifestations piégées, affaire de Tarnac, politique migratoire, armes non létales...); une justice de plus en plus intrusive et prédictive (loiLOPPSI II, loi Estrosi, fichier Hortefeux PASP, FNAEG, délinquance routière = exemple de psychologisation cognitivo-comportementale

généralisée, et redoutablement efficace, de la répression...); un dressage éducatif de plus en plus sévère (casse de l'école par la RGPP provoquant une sélection de plus en plus élitiste, politique de prévention de la délinquance, réforme de la justice des mineurs, fichage informatique des compétences...); une destruction sociale accélérée (précarisation généralisée, management par l'évaluation = modèle clef décidément de la psychologisation cognitivo-comportementale universelle de la soumission néolibérale, idéologie de la lutte contre la fraude, rôle de contrôle social et technologique des travailleurs médico-sociaux eux-mêmes menacés de sanctions automatiques); dissuasion psychiatrique visant comme on l'a vu à renforcer le moral des troupes ou du troupeau (psychiatisation de toute défaillance étiquetée « dépression »). Tout cela a généré en quelques années seulement d'ordre néolibéral absolu incarné par la présidence sarkozienne, une société de suspicion et de surveillance généralisée (dans laquelle les TIC jouent un rôle majeur : fichiers de police, mouchardage électronique, vidéosurveillance, géolocalisation, biométrie, fichier centralisé des Cartes nationales d'identité...) et même d'auto-surveillance où la vie privée devient transparente (TIC encore avec les réseaux sociaux, plan vigipirate, voisins vigilants, matraquage permanent, à tous les coins de rue, du message « pour votre sécurité » = emblématique de l'intériorisation psychologique de toute contrainte, de toute violence socio-économique)...

Les conséquences de cette pression normative écrasante qui se dénie comme telle : la destruction de la subjectivité

C'est le conditionnement d'un conformisme, d'une normopathie de masse marquée par la duplicité. Il s'agit pour chacun d'entre nous, de faire semblant d'adhérer à des normes de plus en plus injustes et absurdes : l'alternative se pose dans l'ensemble du champ social entre se soumettre, se démettre, tomber malade, ou résister. Illustrations : Arendt (banalité du mal), psychosociologie (Asch), Foucault (nouvelle gouvernementalité biopolitique post-disciplinaire), critiques du management par l'évaluation, telle que celle de Dejours (peur de la précarisation : oeillères volontaires, cynisme viril). Mis à part désertir ou résister, on peut donc au choix : Tomber malade : c'est la dépression du burn out, qui touche les plus vulnérables, autrement dit les gens sincères et engagés. En témoignent également les épidémies récentes de suicides professionnels et de crimes de masse (Norvège, Toulouse, Denver = Batman en avant-première au cinéma : acte « fou » ? Pas tant que ça, car riche de sens en brisant le miroir spéculaire insupportable de la violence générée par the American way of life). Ainsi que les pathologies de la consommation (addictions) et de l'accélération (hyperactivité, labilité émotionnelle, troubles bipolaires...)

Se soumettre : la perversion narcissique est aujourd'hui la personnalité culturelle, la néo-subjectivité malade du néolibéralisme (Lasch, Dejours, Dufour, Brown, Dardot et Laval...). C'est le conditionnement généralisé d'un narcissisme conformiste et consumériste de masse voué à la jouissance immédiate. Il traduit une fuite auto-excitatrice, comme une ivresse, dans la concurrence et le profit immédiat, c'est à dire un déni de la dépression, de la vulnérabilité, et sa projection dans un bouc émissaire. Cette instrumentalisation, cette chosification d'autrui est entièrement commandée par les nouveaux modes de contrôle social (politique de santé mentale opportuniste, idéologie comportementale conquérante, course à la performance, fichage informatique omniscient...). Passons sur les analyses sociologiques du sadisme inconscient : Habermas, Bourdieu, De Gauléjac, Prigent, Méheust (politique de l'oxymore = injonctions paradoxales, euphémisation de la violence); et sur les conséquences historiques redoutables de cette évolution : retour de l'eugénisme (trans-humanisme), accélération insensée du temps vers ce que Hartmut Rosa décrit comme « immobilité fulgurante ».

« Remèdes » : quelques pistes pour une *alterpsychiatrie*

Retrouver un mode de pouvoir non abusif, réellement démocratique : l'autorité est légitime quand elle est capable de se critiquer, quand elle est reconnue comme telle car non niée symboliquement (par psychiatrie, TIC, etc.). Le rétro-contrôle individuel doit être rendu possible dans le système sociopolitique (tirage au sort, référendum d'initiative populaire, justice indépendante, etc.).

Restaurer des limites épistémologiques strictes à la psychiatrie et au travail socio-éducatif, qui ne doivent plus s'occuper du contrôle techno-scientiste de toute déviance sociale. En particulier, promouvoir une alterpsychiatrie soucieuse de la subjectivité, des droits et des libertés individuels (la véritable santé se définit comme liberté, création de ses propres valeurs - cf. Campguilhem). Une véritable psychiatrie devrait se constituer comme médiation symbolique, capable de résister sans concession à la triple dérive actuelle, scientiste, marchande et sécuritaire.

Enfin respecter les limites éthiques de l'existence, ce qui demande un « travail » personnel et relationnel (« thérapie psycho-politique ») : accepter sa vulnérabilité, avec humilité (auto-limitation, castration symbolique, etc.), prôner la décélération voire la décroissance, revendiquer la franchise, condition de la confiance. Concrètement, il va falloir se résoudre à sortir vraiment du mythe de l'enrichissement et de la performance pour accéder à l'austérité conviviale (Ivan Illich) : c'est d'abord cela, la transition.

Sur un mode comparable, une autre politique éducative est possible...

HUFFPOST – C'EST LA VIE

http://www.huffingtonpost.fr/2016/01/11/epanouir-apres-traumatisme-psychologique_n_8920520.html

The Huffington Post | Par Carolyn Gregoire | Publication: 11/01/2016

Comment on peut s'épanouir après un traumatisme psychologique



PSYCHOLOGIE - L'un des autoportraits les plus célèbres de Frida Kahlo la représente allongée sur un lit d'hôpital, nue et en sang, connectée par un réseau de filaments rouges à des objets flottants, parmi lesquels un escargot,

une fleur, des os et un fœtus. Ce tableau surréaliste, *Henry Ford Hospital*, qui date de 1932, propose une magistrale interprétation de sa seconde fausse couche.

L'artiste a écrit dans son journal intime que la peinture était «porteuse du message de la douleur». Elle était connue pour canaliser dans ses autoportraits son expérience des fausses couches à répétition, de la poliomyélite et de ses nombreuses infortunes, si bien qu'une réelle compréhension de son art requiert une certaine connaissance de la souffrance qui en est la source.

Cet article est tiré du dernier ouvrage de Scott Barry Kaufman, psychologue, et de Carolyn Gregoire, [Wired to Create: Unravelling the Mysteries of the Creative Mind](#).

L'art né de la douleur n'apparaît pas seulement dans la vie de créateurs célèbres mais aussi dans les laboratoires. Depuis vingt ans, les psychologues se penchent sur le phénomène de la croissance post-traumatique, qui a fait l'objet de plus de 300 études scientifiques.

Le terme de «croissance post-traumatique» a été créé dans les années 1990 par les psychologues Richard Tedeschi et Lawrence Calhoun pour décrire les cas de personnes ayant subi une profonde transformation suite à divers traumatismes ou circonstances éprouvantes. Les études ont montré que 70% de ces personnes présentaient un développement psychologique positif.

L'épanouissement qui suit un traumatisme peut prendre bien des formes, y compris une plus grande appréciation de la vie, l'ouverture à de nouvelles opportunités, des relations sociales plus satisfaisantes, une vie spirituelle plus riche et une impression de transcendance doublée d'une sensation de force personnelle. Se battre contre le cancer, par exemple, peut inspirer un sentiment de gratitude envers sa famille, tandis qu'une expérience de mort imminente permet parfois de renouer avec un pan plus spirituel de l'existence. Par ailleurs, les psychologues ont démontré que l'on ressentait souvent davantage d'empathie et d'altruisme suite à une expérience traumatique, et un envie nouvelle d'agir dans l'intérêt collectif.

Vivre après un traumatisme

Comment se fait-il alors que, dans ces situations de souffrance, nous parvenions non seulement à revenir à notre moi profond mais aussi à améliorer en profondeur notre existence? Pourquoi certaines personnes sortent-elles grandi d'un traumatisme, tandis que d'autres y succombent? Tedeschi et Calhoun expliquent que la croissance post-traumatique, sous toutes ses formes, peut représenter une «source d'épanouissement, très profonde pour certains».

Les deux chercheurs de l'Université de Caroline du Nord sont parvenus au modèle de croissance post-traumatique le plus communément admis. Il semble que nous nous appuyons naturellement sur un certain nombre d'assertions et de croyances sur le monde qui nous entoure. Pour que cette croissance survienne, l'événement traumatique doit remettre profondément en question ces valeurs. D'après eux, la façon dont le traumatisme ébranle notre perception du monde, nos croyances et nos identités est similaire à un tremblement de terre: même les structures les plus fondamentales de notre esprit et de notre foi s'écroulent face à la magnitude de l'impact. Notre perception habituelle est secouée, presque littéralement, et le choc nous oblige à reconstruire entièrement notre monde intérieur. Plus la secousse est importante, plus il nous faut lâcher prise et abandonner nos anciennes convictions afin de repartir sur de nouvelles bases.

«Un événement sismique psychologique peut sévèrement secouer, menacer ou réduire en charpie bon nombre des structures schématiques qui ont jusque-là guidé notre compréhension, notre processus décisionnel et notre intellect», écrivent les deux psychologues.

On peut comparer le travail cognitif de restructuration que nous traversons alors à la reconstruction d'une ville après un tremblement de terre. Une fois ses principales structures ébranlées, notre moi s'ouvre à de nouvelles opportunités, parfois de manière créative.

Le processus de reconstruction peut se résumer ainsi: suite à un bouleversement (une maladie grave ou la perte d'un être cher, par exemple), nous devons digérer l'événement traumatique, que nous ressentons dans la mesure où nous sommes le plus souvent en proie à des réactions émotionnelles fortes.

Il est important de noter que la tristesse, le deuil, la colère et, bien sûr, l'angoisse sont des réactions naturelles face à un traumatisme. La croissance post-traumatique se produit généralement en parallèle de ces émotions éprouvantes, sans pour autant les remplacer. Elle peut être considérée comme un moyen de s'adapter à des circonstances extrêmement négatives et de mieux comprendre le traumatisme et ses conséquences néfastes au niveau psychologique.

Se reconstruire peut être très éprouvant. Le processus de croissance exige de lâcher prise et de renoncer aux objectifs, identités et convictions profondément ancrées. Il s'agit ensuite de se fixer de nouveaux objectifs et d'opter pour de nouveaux schémas de fonctionnement. Cela peut être éreintant et douloureux, mais aussi marquer le début d'une nouvelle vie. La personne qui dépasse un traumatisme se considère comme un-e battant-e et redéfinit sa propre individualité pour l'adapter à sa nouvelle sagesse et sa nouvelle force. Elle peut entamer une reconstruction plus proche de son moi profond et de son chemin de vie.

Croissance créative

De la perte peut naître la créativité. Bien entendu, il est important de remarquer qu'un traumatisme n'est ni nécessaire ni suffisant pour générer un souffle créatif. Les expériences traumatiques, quelles qu'elles soient, sont tragiques et dévastatrices sur le plan psychologique, indépendamment de la croissance créative qu'elles génèrent. Ces épreuves peuvent aboutir sur le long terme à une perte tout autant qu'à un gain. En effet, pertes et gains, comme souffrance et croissance, vont souvent de pair.

C'est parce que les événements négatifs nous obligent à réexaminer nos croyances et nos priorités qu'ils nous aident à briser nos habitudes de pensée et à stimuler notre créativité, explique Marie Forgeard, psychologue à l'hôpital McLean de la Harvard Medical School, qui mène des recherches poussées sur la croissance post-traumatique et la créativité.

«Nous devons reconsidérer ce que nous tenions pour acquis et envisager de nouvelles possibilités», poursuit-elle. «Ces épreuves peuvent être si intenses qu'elles nous obligent à nous poser des questions auxquelles nous n'aurions jamais réfléchi en d'autres circonstances.»

La créativité peut même devenir un mécanisme de protection face à une expérience difficile. Certaines personnes estiment que la souffrance les force à remettre en question leurs convictions fondamentales et à penser de manière plus créative. D'autres font preuve d'une motivation nouvelle – ou renouvelée – pour

consacrer du temps à des activités créatives. Et ceux qui manifestaient déjà un fort intérêt pour les travaux créatifs se tournent vers la créativité comme principal moyen de reconstruire leur vie.

Cet article, publié à l'origine [sur le Huffington Post américain](#), a été traduit par Mathilde Montier pour [Fast for Word](#).

MétéoPolitique

<http://meteopolitique.com/Fiches/depistage/actualite/Psychiatrie/Diminuer-la-medicamentation-des-desordres-psychologique.htm>



Diminuer la médication des états d'âme ou des désordres psychologiques?

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

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



L'Association américaine de psychiatrie a rédigé le DSM-5, un nouveau manuel qui classe les diagnostics des maladies mentales. Ce nouveau guide renforcerait la démarche de certains professionnels de la santé quant à la psychiatrisation des problèmes sociaux et ce au grand dam de certains psychiatres à qui il reste encore un peu de bon sens et d'éthique professionnelle. Déjà l'existence tend à

être médicalisée... (01) dans ses dysfonctionnements normaux. Heureusement, des réactions se manifestent. Aux États-Unis, au Canada et dans de nombreux autres pays dont la France, la tension monte dans les milieux psy. (02)

Ce débat se cristallise autour du [DSM-5](#), parfois présenté comme la « référence » de la psychiatrie mondiale. Ce « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », qui en est à sa cinquième version a été édité pour la première fois en 1952, son objectif était au départ d'harmoniser les diagnostics à l'échelle de la planète.

« Certains travaux avaient montré que le diagnostic de schizophrénie en Angleterre n'avait rien à voir avec celui en vigueur aux États-Unis. On ne parlait pas toujours des mêmes malades », explique la professeure Viviane

Kovess-Masfety, psychiatre, épidémiologiste et enseignante à l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

« L'avantage de ces classifications, c'est de permettre à la psychiatrie mondiale d'avoir un langage commun », souligne Bernard Granger, professeur de psychiatrie à l'hôpital Tarnier à Paris. « Mais le DSM a un inconvénient, celui de faire entrer les sujets dans des cases et, parfois, d'entraîner des diagnostics figés à un moment donné, sans tenir suffisamment compte de l'histoire et de l'environnement du patient », ajoute-t-il. Un risque de « déshumanisation » de l'homme et de la médecine

Dans sa première version, le DSM répertoriait 60 troubles mentaux. « Aujourd'hui, le DSM-5 en recense plus de 350 », constate le docteur Patrick Landman, qui considère que cette inflation risque d'entraîner des diagnostics erronés. « On peut citer le cas des personnes qui vivent un deuil, explique ce médecin. Certaines peuvent présenter divers symptômes: tristesse, perte d'appétit, troubles du sommeil, sentiment de culpabilité... La version 4 du DSM estimait que ces symptômes devenaient pathologiques s'ils se prolongeaient au-delà de deux mois. Désormais, avec le DSM-5, le délai est juste de 15 jours. Une personne qui a perdu un être cher pourra donc être considérée comme faisant un épisode dépressif majeur si elle continue à être triste au bout de deux semaines. Alors qu'elle est juste normalement endeuillée. »

Le docteur Landman cite d'autres exemples. « Le DSM-5 crée un nouveau trouble du comportement alimentaire: l'hyperphagie, que l'on pourra diagnostiquer chez toute personne ayant un accès de gourmandise par semaine. De la même manière, on pourra ranger dans les troubles mentaux le fait pour un enfant d'avoir trois crises de colère par semaine ou, pour une personne âgée, d'avoir de temps à autre des petits oublis de mémoire. »



[Viviane Kovess-Masfety](#)

[Bernard Granger](#)

[Patrick Landman](#)

[Maurice Corcos](#)

Une inquiétude partagée par le professeur Maurice Corcos, chef du département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte à l'Institut mutualiste Montsouris. « En voulant délimiter le normal et le pathologique, on ne cesse d'élargir les catégories de la maladie mentale », estime ce spécialiste, qui dénonce un risque de « déshumanisation » de l'homme et de la médecine.

Le DSM-5 ne recommande pas de traitements

De leur côté, les défenseurs du DSM-5 réfutent l'idée d'une hégémonie de la psychiatrie américaine sur le reste du monde. « Tous les comités ayant travaillé sur le manuel comprenaient un expert international », explique Kovess-Masfety, tout en dénonçant certaines « contre-vérités » avancées par les opposants. « Il peut arriver que des personnes développent d'authentiques dépressions après la perte d'un proche, dit-elle. Et dans ce nouveau

manuel, il y a en fait tout un chapitre qui explique précisément la différence entre les symptômes normaux du deuil et ceux d'un épisode dépressif majeur. Le but est bien d'éviter de créer de la confusion. »

La professeure Kovess-Masfety met aussi en avant le fait que le DSM-5 ne recommande pas de traitements. *» C'est juste un outil de diagnostic qui n'empêche pas le médecin de garder son libre arbitre et de ne pas prescrire un médicament s'il estime que cela n'est pas justifié. »*

Un argument qui ne convainc pas le professeur Maurice Corcos. *« En France, la formation initiale des médecins à la psychiatrie reste largement sous l'influence du DSM, affirme-t-il. Et il ne faut pas oublier que 80 % des psychotropes sont prescrits par des généralistes qui sont très sollicités par les laboratoires pharmaceutiques dont les études sont faites avec les classifications issues de ce manuel. »*

Les laboratoires utilisent ce manuel pour s'adresser aux consommateurs



Allen Frances, psychiatre état-unien et professeur émérite à l'université de Duke (Caroline du Nord), qui avait coordonné le DSM-IV, note plutôt *«les conflits d'intérêts intellectuels»* des spécialistes des groupes de travail, *«qui leur font voir les bénéfices possibles, mais ignorer certains risques»*.

Surtout, déplore-t-il, *«le processus a été secret, fermé et incapable de s'autocorriger ou d'incorporer des réponses provenant de l'extérieur. Ainsi, les experts ont rejeté*

l'appel de 57 associations de santé mentale qui proposaient un examen scientifique indépendant». Aujourd'hui, ce spécialiste multiplie les mises en garde, insistant notamment sur l'utilisation faite de ce manuel par les laboratoires.



[Allen Frances](#)

Il rappelle que, trois ans après sa sortie, l'industrie pharmaceutique a eu l'autorisation d'adresser des messages directs aux consommateurs américains.

« Cela a été une catastrophe », explique le docteur Frances dans un entretien publié en 2014 dans la [revue PSN](#). *« Sous l'effet combiné d'une publicité omniprésente et d'une agressivité commerciale à l'égard des médecins (...), nous avons assisté à l'invention de maladies, vu poser des diagnostics flous, publier de fausses statistiques totalement exagérées et se répandre des prescriptions sans limite »,*

ajoute le psychiatre.

Avant de préciser que, au cours des vingt dernières années, aux États-Unis, le taux de troubles bipolaires chez l'enfant a été multiplié par 40 et ceux de l'autisme par 20. Autre chiffre cité par ce médecin: depuis la publication du DSM-4, le marché des médicaments contre les troubles de l'attention est passé de 15 millions de dollars (11,5 millions d'euros) à 7 milliards aujourd'hui (5,5 milliards d'euros).

Mainmise de l'industrie pharmaceutique



Cette nouvelle édition, qui a coûté à l'Association américaine de psychiatrie 25 millions de dollars (19 millions d'euros), laisse cependant beaucoup à désirer sur le plan de la qualité scientifique, accusent les détracteurs du DSM-5. L'une des principales critiques, déjà ancienne, concerne la mainmise de l'industrie pharmaceutique sur les experts participant à l'élaboration du DSM.

Ces collusions ont été notamment décortiquées par l'historien américain Christopher Lane, dans son ouvrage *« Comment la psychiatrie et l'industrie*

pharmaceutique ont médicalisé nos émotions » ([03](#)), et plus récemment par le philosophe québécois Jean-Claude St-Onge, dans *« Tous fous ? »* ([04](#))

« Troubles cognitifs mineurs »

C'est il y a quatre ans, en rencontrant un confrère et ami à une soirée, qu'Allen Frances a, raconte-t-il, pris conscience de l'ampleur des dangers et qu'il est parti en croisade. *« Ce médecin était très excité à l'idée d'intégrer au DSM-5 une nouvelle entité, le « syndrome de risque psychotique », visant à identifier plus précocement des troubles psychotiques. Le but était noble, aider les jeunes à éviter le fardeau d'une maladie psychiatrique sévère. Mais j'ai appris en travaillant sur les trois précédentes éditions du DSM que l'enfer est pavé de bonnes intentions. Je ne pouvais pas rester silencieux. »* Cet item de risque psychotique n'a finalement pas été retenu dans la dernière version du DSM-5.



[Christopher Lane](#) [Jean-Claude St-Onge](#)

Mais Allen Frances et les autres «anti» s'inquiètent aujourd'hui d'autres entités qui font leur entrée dans le nouveau manuel. Ainsi des *«troubles cognitifs mineurs»*. *« La perte de mémoire physiologique avec l'âge va devenir une pathologie au nom de la prévention de la maladie d'Alzheimer, prévoit le collectif Stop DSM. De nombreux sujets vont se voir prescrire des tests inutiles et coûteux avec des médicaments dont l'efficacité n'est pas validée et dont les effets à terme sont inconnus. »*

ANALYSE PSYCHOLOGIQUE



«Pathologisation du deuil»

Patrick Landman et ses collègues sont aussi vent debout contre ce qu'ils nomment une *»pathologisation du deuil«*. *«Au bout de deux semaines, l'apparence dépressive de l'endeuillé sera passible du diagnostic d'épisode dépressif majeur et donc d'antidépresseurs»*, craignent-ils.

Troisième exemple : *»le disruptive mood dysregulation disorder«*, qui risque, selon eux, de faire entrer dans le DSM de banales colères infantiles. *«C'est une interprétation erronée, estime la docteure [Viviane Kovess-Masfety](#). »Ce symptôme correspond à une irritabilité très importante et constante, et à des colères violentes et fréquentes. Le critère (irritabilité plus trois grosses colères par semaine pendant plus d'un an) n'est pas si banal, et cela est destiné à ne pas mettre ces enfants dans la catégorie des troubles bipolaires.»* Par ailleurs, selon elle, le DSM ne dit pas que tout deuil de plus de quinze jours est une dépression. *«Au contraire, il différencie mieux qu'avant le phénomène de deuil du trouble dépressif majeur.»*



Notez la mention au-dessus de la marque Ritalin : « À tenir loin de la portée des enfants »
Source : Wikimedia Commons

Risques de surdiagnostic

Pour Allen Frances, les risques de surdiagnostic et donc de surmédicalisation sont cependant bien réels, surtout chez les enfants.

«Quand nous avons introduit dans le DSM-IV le syndrome d'Asperger, forme moins sévère d'autisme, nous avons estimé que cela multiplierait le nombre de cas par trois. En fait, ils ont été multipliés par quarante, principalement parce que ce diagnostic permet d'avoir accès à des services particuliers à l'école et en dehors. Il a donc été porté chez des enfants qui n'avaient pas tous les critères.»

Face à ces périls, le psychiatre américain invite les médecins à boycotter le DSM, et les patients à devenir des consommateurs informés. *«Posez des questions et attendez des réponses claires. N'acceptez pas de médicaments prescrits nonchalamment pour des symptômes légers et transitoires qui vont probablement se résoudre d'eux-mêmes»*, préconise-t-il. Des conseils de bon sens qui peuvent s'appliquer bien au-delà des maladies mentales.

Attention à la stigmatisation, notamment chez les sujets jeunes

Enfin, le docteur Frances souligne un autre risque du DSM-5: celui de favoriser des diagnostics rapides et pas forcément pertinents chez des sujets jeunes. En leur collant une étiquette dont ils auront ensuite du mal à se débarrasser.

« C'est parfois très difficile de poser un diagnostic de maladie mentale chez un enfant, note la professeure Kovess-Masfety. Certaines situations peuvent être évolutives. Il faudrait, idéalement, que le médecin dise aux parents: "Voilà, aujourd'hui, je pense à tel diagnostic. Mais il est possible que d'ici un ou deux ans, son état évolue, s'améliore..." Il faudrait pouvoir faire un diagnostic qui n'enferme pas la personne à vie. Mais pour cela, il faudrait changer les représentations de la maladie mentale, encore très stigmatisantes, dans notre société. »

Au Québec : La psychiatrisation des problèmes sociaux



Au printemps 2015 une soirée-conférence sur le thème de la psychiatrisation des problèmes sociaux était organisée par [Action Autonomie](#), un organisme communautaire en défense et revendications de droits pour des personnes psychiatrisées. Action Autonomie constate combien certains problèmes sociaux tels que la pauvreté, les problèmes d'adaptation au système scolaire, la difficulté de trouver un logement, le manque de support aux familles monoparentales et la surcharge de travail entre autres, glissent plus souvent qu'autrement vers des interprétations médicales et psychologisantes.

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

Marcelo Otero est professeur de sociologie à l'UQAM et proche des mouvements anti-psychiatriques dans les années 70.

Jean-Nicolas Ouellette est agent de liaison pour le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ).

Lourdes Rodriguez est professeure en service social à l'Université de Montréal et elle a travaillé de près avec le mouvement alternatif en santé mentale.



[Marcelo Otero](#)



[Jean-Nicolas Ouellette](#)



[Lourdes Rodriguez](#)

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

Une culture du médicament

Tous les trois dénoncent la culture du médicament et l'approche hospitalocentrique. Jean-Nicolas Ouellette remarque chez les gens une tendance grandissante à visiter l'hôpital et à rechercher une réponse médicale pour tout type de problèmes: « *Ceux-ci s'attendent à obtenir, à leur sortie, une prescription médicale, une pilule, et c'est normal pour eux. (...) Pour répondre à une souffrance, on donne une médication ou on augmente la dose.* »

Le médicament élimine les symptômes dans certains cas, tel une potion magique (05). Et tout cela, sans que les spécialistes ayant prescrit la médication aient pu comprendre les émotions et les comportements de la personne. Lourdes Rodriguez déplore bien à propos qu'on ne veuille pas entendre la souffrance des gens et qu'on leur offre peu de temps et d'espace pour raconter leur histoire : « *L'amour n'est pas accessible en pilule. (...) Fréquemment on observe que les gens sont trop drogués par la médication pour accéder à l'éducation, aux loisirs ou aux psychothérapies* ». Ainsi la médication peut parfois faire obstacle à la réhabilitation sociale. Devons-nous rappeler qu'un psychiatre n'est pas un travailleur social ?

Notre société est baignée, ou plutôt noyée, dans une logique capitaliste de profit illimité. Les compagnies pharmaceutiques et leurs actionnaires sont particulièrement pointés du doigt. « *Est-ce surprenant de savoir que les fonds d'investissement des médecins du Québec ont un pourcentage élevé d'actions de compagnies pharmaceutiques ?* » Et que dire, demande Rodriguez, des programmes de recherches biomédicales et de leurs alliances extrêmement puissantes avec ces mêmes compagnies ?



La psychiatisation de la pauvreté

Pour Ouellette, la pauvreté collective est très médicamentée par la psychiatrie : « *vous n'avez qu'à vous promener dans les corridors hospitaliers pour en faire le constat* ». Les gens riches ont plus facilement accès à des alternatives face à la psychiatisation. Avec la psychiatisation de la pauvreté, il y a une division entre les « bons » pauvres et les « mauvais » pauvres, selon laquelle la personne détentrice d'un certificat médical étampé d'un diagnostic de problèmes mentaux sévères et persistants

l'empêchant « *éternellement* » de travailler sera considérée comme un « bon » pauvre.

Si je résume, plus on réussit à obtenir un profil pathologique, plus on est en droit d'obtenir un support social pour vivre décemment. On assiste à un glissement de nos droits fondamentaux vers un système de privilèges enrobés d'un discours étatique de charité. Notre statut de citoyen trébuche aujourd'hui sur le simple consommateur de service.



La psychologie au service ...

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

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

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

... de la psychiatisation sociale

Dans ce contexte, les psychiatres subissent énormément de pression sociale : nous sommes dans une société qui demande aux psychiatres de prendre en charge des problèmes que nous vivons. En effet, plusieurs citoyens ont

démisionné de leurs responsabilités sociales pour les reléguer à l'État, au privé ou à certains groupes communautaires.



L'effritement des solidarités sociales et de nos droits collectifs est un terrain fertile pour les profiteurs de tout acabit à la recherche de » *consommateurs de services* »... et la joie de tout gouvernement autoritaire.

La psychiatisation des problèmes sociaux vide le contenu politique de problèmes complexes tels que la pauvreté et la violence. Pour les panélistes présents, la psychiatrie individualise les problèmes et les solutions, les sort de leur contexte sociopolitique et assaisonne le tout de médicaments. C'est pourquoi, selon Rodriguez, il faut « *continuer à travailler dans le sens d'un système fondé sur les droits fondamentaux et favoriser le dialogue en psychiatrie au niveau du traitement et surtout des alternatives pour qu'enfin tous puissent vivre dans la communauté plutôt que dans les services.* »

Nous sommes invités à être vigilant face aux discours de pseudo-vérités scientifiques, à laisser un espace à l'incertitude et surtout à faire preuve d'humilité devant notre ignorance. Otero conclut en disant que de vouloir faire disparaître les problèmes de santé mentale est un leurre et qu'aucune société ne peut être parfaitement heureuse, les problèmes font aussi partie de la vie et de la normalité. (06)



« Ça serait de la folie que de vouloir évacuer la folie de la vie des gens. La personne qui ne pense qu'à la santé mentale, à l'élimination de la folie et de la souffrance est la plus folle de toutes ! »

Source: Agora Vox pour pour la [Fondation Agora Vox](#); À Babord ! par [un collectif d'information](#); Le Monde Science pour le [Groupe Le Monde](#)

Notes & Références encyclopédiques:

01	Déjà l'existence tend à être médicalisée... - Sur Le monde Science, 13 mai 2013
02	La tension monte dans les milieux psy Sommes-nous tous fous? Séries télévisées, romans, débats: les troubles psychiatriques sont sortis de l'anonymat. Faut-il pour autant alimenter cette tendance à tout psychiatiser? C'est le débat houleux suscité par la dernière révision de la bible mondiale de la psychiatrie, le DSM publié le 20 mai 2015. - Sur RTS Télévision

03	Christopher Lane , dans son ouvrage " Comment la psychiatrie et l'industrie pharmaceutique ont médicalisé nos émotions " (Flammarion, 2009).
04	Le philosophe québécois Jean Claude St-Onge Tous fous? (Ecosociété, 236 p., 19 euros). et sur Québec science " Fabrique des fous "
05	Les médicaments éliminent les symptômes dans certains cas... car environ 40 % des personnes schizophrènes médicamenteuses n'ont pas de réduction de leurs symptômes. (L. Rodriguez)
06	La Loi P-38, un pernicieux levier vers la psychiatrisation sociale : À travers les siècles, maintes visions souvent fort différentes, voire opposées, se sont succédées de notre conception de ce qui est différent ou dérangent au sein d'une société. Assujetties à la culture, la religion, aux mœurs et à nos connaissances relatives sur la santé mentale, la représentation d'une personne a subi les règles et les lois de quelques personnes bien pensantes qui se donnaient le droit de déterminer qui pouvait se considérer comme normal ou anormal. - Le journal officiel des étudiants de la faculté de droit de Sherbrooke, 19 février 2013

CREMIS

Centre de recherche de Montréal
sur les inégalités sociales
et les discriminations

<http://www.cremis.ca/revue-du-cremis/recherche/sante-mentale-femmes-et-medicalisation-interferences>

Auteur(s): Christelle Cassan, Agente de recherche, Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF) | Revue: Vol 5 No 3 - Automne 2012

Santé mentale, femmes et médicalisation : Interférences

Les centres de femmes, les maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale et les organismes de défense de droits reçoivent de plus en plus de femmes en détresse ou ayant des problèmes de santé mentale. Pourtant, ces organismes ne sont pas spécialisés en santé mentale. Leurs travailleuses ne sont ni psychologues, ni psychiatres, ni infirmières. Elles travaillent à l'amélioration des conditions de vie des femmes en leur offrant principalement des activités de mobilisation, d'éducation populaire, de défense de droits, de sensibilisation à la violence conjugale et d'aide à l'emploi. Elles accueillent, écoutent et soutiennent les femmes telles qu'elles sont, selon une approche globale et féministe, une approche positive, centrée sur la reprise de pouvoir et sur la prise en charge personnelle. Ce faisant, bien que leur travail en soit un de prévention, les travailleuses de ces organismes doivent de plus en plus répondre aux urgences et « éteindre les feux » auprès de femmes qui ont reçu un diagnostic de santé mentale, sont médicamenteuses (et parfois, surmédicamenteuses) et dont plusieurs semblent disposer d'un suivi insuffisant dans le réseau de la santé. Elles sont régulièrement exposées à des situations imprévisibles qui complexifient leur travail.

En 2010, des travailleuses de soixante-quinze organismes communautaires de femmes à travers tout le Québec ont participé à la recherche intitulée *Santé mentale au Québec : les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins* (Mimeault et al., 2011),¹ en remplissant des questionnaires postaux ou en se prêtant à des entrevues individuelles et de groupe. Depuis plusieurs années, le *Réseau québécois d'action pour la santé des femmes* (RQASF) entendait parler d'un changement de profil des participantes dans les organismes, les problèmes sociaux et de santé mentale des femmes qui les fréquentent étant en augmentation. Cette recherche visait ainsi à documenter ce changement et à connaître les conséquences qui en découlent pour le travail des intervenantes.²

Dans les lignes qui suivent seront explorés les problèmes que rencontrent les femmes quant au diagnostic, à la (sur)médicamentation et à la déficience de suivi, de même que les conséquences de ces réalités sur le travail des intervenantes.

Médicaments et autosanté

En général, les travailleuses ne questionnent pas les femmes au sujet de leur diagnostic psychiatrique. Néanmoins, quelques femmes leur en parlent spontanément, certaines s'identifiant à leur problème de santé mentale au point de le nommer en se présentant : « Je suis bipolaire, dépressive ». Elles « achètent l'étiquette » et leur identité s'en trouve profondément affectée. Elles s'accrochent à leur diagnostic parce qu'il justifie, entre autres, un mal-être difficile à cerner.

Pour d'autres, le diagnostic amplifie leur souffrance parce qu'il les stigmatise, les éloigne de la norme et cache leur vécu. Pour plusieurs femmes victimes de violence conjugale ou d'agression, le diagnostic met l'emphase sur les symptômes et en ignore la cause. Par exemple, une travailleuse partage le cas de cette femme, victime de violence : « j'ai reçu dans un groupe, une femme qui avait toujours été diagnostiquée comme étant maniacodépressive, mais elle ne l'était pas. Une dynamique de violence, tu vis des hauts et des bas. Puis, cela faisait des années qu'elle était médicamentée pour rien. » Les travailleuses des centres de femmes rencontrent en effet aujourd'hui davantage de femmes traitées médicalement en raison de leurs conditions de vie. Isolement social, abus physiques ou psychologiques, et manque de logements peuvent s'avérer des sources de stress, de dépression, d'angoisse et d'insomnie chez ces dernières. Une faible estime de soi, un choc post-traumatique ou une crise suicidaire peuvent également être des séquelles de cruautés et sévices subis au cours de la vie. D'après certaines travailleuses, la non-prise en compte de tels facteurs constitue une autre forme de violence envers elles. C'est pourquoi les groupes insistent sur la nécessité de s'attarder à l'histoire de la personne et de comprendre les répercussions psychologiques de la violence.

Au diagnostic s'associe presque inmanquablement une prescription d'antidépresseurs, d'anxiolytiques, d'antipsychotiques ou de somnifères. Aux dires des travailleuses, les participantes n'entretiennent pas toutes le même rapport avec ce type de médicament. Leur lourde charge symbolique, leurs effets secondaires inconfortables ou leur inefficacité peuvent inciter certaines femmes à arrêter subitement leur traitement. D'autres sont convaincues que leur médication va faire disparaître tous leurs problèmes. Ces présomptions entourant le phénomène du *remède miracle* et de la *pilule du bonheur* sont difficiles à défaire parce qu'elles sont largement véhiculées dans une société en quête de bonheur absolu et de productivité ; une société où la propagande de l'industrie pharmaceutique opère et où les médicaments sont de plus en plus prescrits pour régler des problèmes sociaux.

Toutefois, les intervenantes qui travaillent selon l'approche globale ne s'opposent pas aux médicaments, qu'elles reconnaissent essentiels pour venir à bout de certains problèmes aigus comme les pensées suicidaires, voire pire, leur concrétisation. Elles misent cependant sur l'autosanté, un processus d'*empowerment* par lequel les femmes reprennent plus de contrôle sur leur santé. Pour faciliter ce processus, leurs pratiques sont variées. Elles informent les participantes en les sensibilisant aux dangers de la prise excessive ou de l'échange de médicaments. Elles les encouragent à ne pas recourir systématiquement à ceux-ci et incitent certaines à rencontrer leur médecin pour réévaluer leur dosage. Elles proposent des solutions contre l'insomnie, comme des techniques de relaxation qui reconnectent les femmes à leur corps et leur procurent une paix intérieure. Elles offrent des activités axées sur la mise en action, la socialisation et la valorisation de la personne, comme des ateliers de peinture, de couture et de création de bijoux. Ces activités créatives sont bénéfiques, car elles valorisent les femmes et leur permettent d'extérioriser leurs émotions : « la créativité, ça leur permet vraiment de faire sortir le méchant, ça leur fait du bien [...] elles sont fières, elles font des choses, elles peuvent même les revendre, les offrir en cadeau. »

Suivi déficient

D'après les intervenantes, certaines des femmes qu'elles reçoivent auraient besoin de suivis thérapeutiques. Or, ces suivis ne sont pas à la portée de toutes. Dans le secteur privé, les services psychologiques sont trop chers pour les personnes dont le revenu suffit tant bien que mal à payer les factures de base. Dans le secteur public, il faut souvent s'armer de patience en raison des listes d'attente. Il peut aussi arriver que les normes des établissements ne permettent pas un suivi à long terme de certaines personnes qui le nécessiteraient. D'autres obstacles apparaissent dans les petites agglomérations, souvent sans services psychologiques ni médicaux, ou sans transport pour se rendre à l'hôpital, au CLSC ou au cabinet médical de la ville la plus proche.

Les intervenantes témoignent aussi de l'absence ou de l'insuffisance de suivi auprès de certaines participantes qui prennent des médicaments. Ceci peut en partie s'expliquer par la difficulté d'accès aux médecins généralistes et aux psychiatres dans un contexte de pénurie de ressources en santé. Pourtant, une personne médicamentée doit pouvoir consulter le personnel médical qualifié pour ajuster sa prescription en cas de besoin, pour être informée des effets secondaires possibles et être aidée à diminuer ou arrêter ses médicaments s'il y a lieu. Aussi, selon certaines travailleuses, accéder au personnel médical n'est pas toujours garant d'un suivi approprié. La rapidité et le manque d'explication avec lesquels sont données ou changées certaines prescriptions ne permettent pas toujours aux femmes d'être informées sur leur traitement médical.

Un suivi déficient de la médication est propice aux dérives : prise de médicaments non adaptés, surconsommation, arrêt soudain, échange de médicaments. Ces gestes ne sont pas anodins et peuvent avoir de lourdes répercussions sur la santé, comme l'évoque une intervenante : « Quand la participante cesse de prendre sa médication, ou la prend mal, elle risque d'entrer plus souvent en période de crise et son état se dégrade. »

Débordements

Les travailleuses ne sont généralement pas au fait de la consommation de médicaments des participantes. Toutefois, les attitudes de certaines sont révélatrices, notamment la désorganisation, le manque de réceptivité, la volubilité ou, au contraire, l'apathie. Inévitablement, ces comportements dus à une mauvaise prescription, à une surconsommation ou à un arrêt brusque de médicaments interfèrent sur le travail des intervenantes. La médication, surtout lorsqu'inadéquate, engendre pour certaines une difficulté à participer aux activités de

groupe et, pour d'autres, la difficulté à entreprendre une démarche d'*empowerment* : « Une personne qui prend une lourde médication a plus de difficulté à s'intégrer dans certaines activités de groupe. Quand elle prend plusieurs médicaments, elle est "engourdie" pour communiquer ou pour suivre la conversation. »

En effet, l'animation peut s'avérer ardue lorsque certaines participantes sont déconcentrées, confuses ou somnolentes sous l'effet de tranquillisants. Elle l'est tout autant lorsqu'une participante a arrêté brusquement ses médicaments et que, dans un état d'excitation extrême, elle perturbe l'atelier. De plus en plus exposées à ce genre de situation, les intervenantes peuvent appréhender que l'activité dégénère. D'ailleurs, certaines avouent se retrouver plus souvent à faire de la gestion de conflit et de la gestion de crise. À juste titre, elles craignent d'être interrompues constamment, d'être mal interprétées et d'avoir à revenir fréquemment sur leurs explications.

Est aussi mentionnée la difficulté d'établir une relation d'aide, par exemple, lorsque les femmes n'arrivent pas à verbaliser ce qu'elles vivent, leurs émotions étant inhibées sous l'effet des médicaments. Ceci est particulièrement vrai avec les femmes victimes d'agression sexuelle qui développent souvent un mécanisme de défense en se coupant de leurs émotions. La prise de certains médicaments amplifie ce refoulement. Il devient alors plus laborieux pour la travailleuse d'établir une véritable communication et d'accompagner la participante dans une démarche d'autosanté.

De plus, la médication des femmes peut provoquer des remaniements dans l'organisation des activités. Par exemple, certains organismes ont dû modifier l'horaire des ateliers pour accommoder les participantes qui ne s'y présentaient pas car elles étaient trop somnolentes. D'autres ont dû augmenter le nombre de travailleuses pour gérer les débordements susceptibles de se produire lors des activités de groupe.

Finalement, lorsque le diagnostic prend toute la place, l'intervenante doit amener la femme à le dissocier de son identité en lui faisant comprendre « qu'elle n'est pas sa maladie » et que les émotions qu'elle ressent sont légitimes : « quand ton *chum* [ou ta blonde] t'a prise par la gorge, t'a jetée contre le mur, puis t'a serrée la gorge tellement fort que tu es devenue bleue, bien, c'est normal que tu aies peur de rentrer chez toi, c'est normal que tu aies peur qu'il [ou elle] recommence, puis que tu sois anxieuse, puis que tu ne sois pas capable de dormir. »

Aucun détour

Nous avons pu constater les conséquences négatives de la médicalisation des problèmes sociaux sur les femmes (par exemple, la violence conjugale) et sur les intervenantes des organismes qui sont de plus en plus confrontées à des situations difficiles à gérer. Les informations recueillies dans la recherche de même que les échanges et réflexions qui l'ont suivie, remettent en question la place disproportionnée qu'occupent les médicaments psychotropes dans notre société par rapport à la mince place réservée à la prévention en santé mentale. Au Québec comme ailleurs, les statistiques confirment une augmentation constante des ordonnances de psychotropes. Le coût annuel pour l'usage d'antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments est passé de 118,4 millions de dollars en 2005, à 128,8 millions de dollars en 2009 (Conseil du médicament, 2011).

Comment éviter les impacts négatifs de la médicalisation croissante des problèmes de tout ordre et encourager l'amélioration de la santé de la population ? Comme société, il n'y a aucun détour possible. Il faut miser sur la prévention, ce qui implique des politiques de promotion de la santé réceptives aux approches non

médicamenteuses et qui visent à agir sur les déterminants sociaux de la santé. Bien que cela semble une évidence, la pauvreté, la violence, l'isolement, le manque de logements décents, les mauvaises conditions de travail, la discrimination, l'exclusion et l'inaccessibilité aux services compromettent la santé. Les médicaments ne peuvent remédier aux problèmes sociaux et ne peuvent se substituer à des politiques de santé préventives centrées sur l'amélioration de la qualité de vie de la population et l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé. C'est l'approche que défendent le RQASF et les organismes rencontrés dans cette recherche.

Notes

1 : Pour en savoir plus sur cette recherche : <http://rqasf.qc.ca/sante-mentale/>

2 : Depuis la parution du rapport, le RQASF a donné plusieurs présentations. Les discussions qui les ont suivies révèlent que les organismes de femmes ne sont pas les seuls à subir les conséquences de la médicalisation et que cela peut aussi concerner les intervenants et intervenantes des autres milieux. Les informations recueillies témoignent encore une fois de la pertinence de la prévention pour diminuer les problèmes sociaux et la médicalisation qui en résulte.

Références

Mimeault, I., Cassan, C. et M. Cadotte-Dionne (2011). *Santé mentale au Québec : les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins*, Montréal, Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF).

Conseil du médicament (2011). *Portrait de l'usage d'antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec.

Motherboard

<http://motherboard.vice.com/fr/read/sommes-nous-tous-potentiellement-fous->

22 January 2016

Sommes-nous tous potentiellement fous ?

« J'ai un projet, devenir fou ». Quand Fiodor Dostoïevski, du haut de ses 17 ans, balance l'une de ses punchlines les plus célèbres, il est en fait dans l'erreur la plus totale. Il est impossible de devenir fou : on naît fou. Tous autant que nous sommes. Ce serait comme de demander à un singe de devenir singe. Il ne peut pas le faire, puisqu'il est déjà singe. Soyons clair : il n'existe aucun individu psychologiquement sain et équilibré sur terre.

De fait, la folie n'a pas de définition stricte. Son appréciation est soumise à tout un tas de critères qui varient énormément en fonction des normes sociales, du contexte historique, du bon sens commun, ou d'un nombre infini de détails plus ou moins farfelus qui peuvent aller de la couleur des cheveux à la sensibilité politique. L'individu le plus sain d'esprit que vous connaissiez sera forcément considéré comme fou à lier si vous le placez au beau milieu d'un groupe social aux normes suffisamment opposées aux siennes. Un mec intelligent mais complètement bourré, qui titube et insulte des objets inanimés, serait classé parmi les dingues au milieu d'une

tribu aborigène n'ayant jamais absorbé la moindre goutte d'alcool. Alors que pour vous, c'est juste Tonton Patrick, un type sain qui a commencé l'apéritif un peu trop tôt.

Réciproquement, un chef de gang mexicain, capable de torturer et/ou de tuer n'importe quel type considéré comme hostile à ses intérêts, passe juste pour un garçon efficace auprès de sa hiérarchie. Transposez son comportement au sein de votre service administratif, et il sera traité de sociopathe. On peut même aller plus loin : prenez deux individus considérés comme sains au sein de leur système normatif. Appelons les Michel et Paul, parce qu'un peu de fantaisie ne fait jamais de mal à personne. Parvenez à convaincre le premier que le second est fou. Quel que soit le comportement adopté par Paul - clairement : le plus éloigné de la folie possible - Michel trouvera toujours le moyen d'interpréter un geste, même complètement anodin, comme une manifestation de sa psychopathologie.

En fait, même au sein d'une société déterminée, définir unanimement la norme est infaisable. A priori, s'en écarter ne devrait pas faire d'un individu un fou, juste un homme peu enclin à suivre des codes prédéfinis avant sa naissance par des institutions déshumanisées- en d'autres termes : un déviant. Dans [Outsiders](#), son ouvrage le plus célèbre, le sociologue Howard Becker fait le rapprochement entre déviance et maladie mentale : « S'il y a peu de désaccords sur ce qui caractérise un organisme en bonne santé, il y en a en revanche beaucoup plus quand on utilise analogiquement la notion de pathologie pour décrire des types de comportement qui sont considérés comme déviants. »

On a ainsi longtemps considéré l'homosexualité comme une maladie mentale - et de nombreuses sociétés continuent à la considérer comme telle - alors qu'aujourd'hui chez nous elle ne choque plus personne - ou presque. Becker conclut : « Une personne peut transgresser les normes d'un groupe par une action qui est conforme à celles d'un autre groupe. Est-elle alors déviante ? »

Appartenir au groupe des déviants ne signifie évidemment pas appartenir ipso facto au groupe des malades mentaux - les hippies n'étaient pas tous enfermés en psychiatrie -, mais l'un et l'autre sont facilement intriqués. Selon Michel Foucault, qui a longuement étudié la manière dont la société traite les fous dans son [Histoire de la folie à l'âge classique](#), on a longtemps mis malades mentaux, déviants sociaux, et délinquants, dans le même panier à crabes : dès la fin de la Renaissance, marginalisés, ils sont tous enfermés ensemble, aux mêmes endroits, subissant le même "traitement" et les mêmes pénitences. Techniquement, c'est assez pratique : tout individu un peu dangereux - pour lui, pour les autres, ou pour les normes existantes - est écarté de la société. Du point de vue médical, c'est très pratique également : plus besoin de soigner les pathologies mentales, il suffit d'enfermer le patient jusqu'à son retour à la raison, ou jusqu'à sa mort.

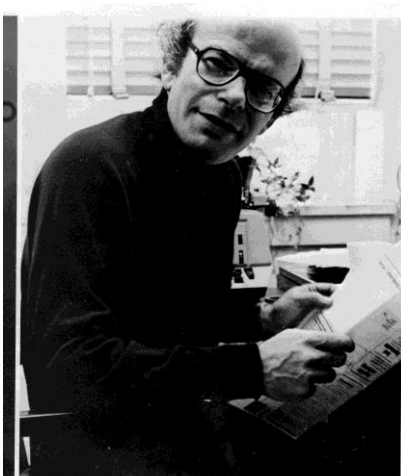
Ce n'est qu'au siècle suivant qu'on assiste à la séparation entre délinquants et supposés fous, avec la création des premiers asiles - au sein de nos sociétés et à l'époque moderne, s'entend. On pose alors certainement un regard certainement plus bienveillant sur les malades mentaux, mais on continue de les garder à l'écart des populations saines d'esprit. Enfermés car n'obéissant pas aux normes de raison définies par la société de l'époque, on les en exclut, et leur seul espoir de réintégration passe par la soumission à des protocoles médicaux eux aussi définis par un système normatif prédéfini. La folie est désormais une pathologie que l'on peut traiter, mais dont les symptômes ne sont pas palpables, et dont l'appréciation est sujette à interprétation. A partir de là, n'importe quel individu, indépendamment de son état de santé, est potentiellement fou. Prenez donc n'importe

quel individu, issu de n'importe quel type de société, et considéré ou non comme sain mentalement par ses pairs. Placez cet individu dans un hôpital psychiatrique, et demandez-lui de tout faire pour en sortir - ce qui consiste, en gros, à s'efforcer d'avoir le comportement le plus sain possible. Il ne sortira jamais. Ou du moins, il ne sortira pas avant d'accepter un diagnostic psychiatrique le considérant comme mentalement atteint, ainsi qu'un traitement médicamenteux à base de psychotropes.

Il ne s'agit pas d'une hypothèse, mais du résultat d'une étude très sérieuse menée par un psychologue américain, David Rosenhan, au milieu des années 70. Sa conclusion est lapidaire : les humains ne peuvent pas distinguer les personnes saines des personnes atteintes d'aliénation mentale dans les hôpitaux psychiatriques.

Nous sommes donc en 1973. David Rosenhan, professeur de psychologie à l'école de droit de Stanford University, en Californie, engage douze volontaires, qui sollicitent chacun un rendez-vous dans un service psychiatrique (onze dans le public, un dans le privé). Pendant le rendez-vous, les faux malades prétendent s'inquiéter après avoir eu des hallucinations auditives : une voix du même sexe qu'eux, prononçant les mots "vide", ou "creux". Hormis ce mensonge -qui n'a duré que le temps de l'entretien-, ils agissent, selon les instructions de Rosenhan, de manière tout à fait normale, amicale et coopérative. Les onze volontaires des hôpitaux publics sont diagnostiqués schizophrènes et internés immédiatement. Plus chanceux, le volontaire admis en clinique privée est considéré par les médecins comme un simple maniaco-dépressif - ce qui lui vaut quand même un internement.

Seulement, l'expérience a beaucoup mieux fonctionné que prévu. Les patients étaient ainsi censés rester quelques jours en psychiatrie, puis ressortir par eux-mêmes, une fois que tout le monde aurait vu qu'ils étaient tout à fait sains ... Au bout d'une vingtaine de jours, il fallut engager un avocat pour les libérer. Les volontaires ne furent autorisés à quitter l'internement qu'après avoir officiellement reconnu être malade mentalement, accepté le diagnostic médical, et surtout, s'être engagé à suivre un traitement médicamenteux à base d'antipsychotiques. Le dernier faux malade fut relâché au bout de 52 jours.



David Rosenhan

David Rosenhan à Stanford en 1975.
Image : Stanford University.

Le pire dans cette histoire, c'est que pendant toute l'expérience, les douze volontaires se sont comportés comme de véritables volontaires venus étudier un service psychiatrique de l'intérieur : ils prenaient des notes et posaient des questions au personnel, amenant près d'un tiers des véritables patients les ayant côtoyés à imaginer qu'ils avaient affaire à des médecins déguisés, ou à des journalistes venus enquêter sur les conditions d'internement des malades. En fait, n'importe quel comportement des volontaires était interprété par le personnel soignant comme un symptôme psychiatrique.

L'un des volontaires était le type le plus affreusement banal de l'histoire de l'humanité : blanc, la quarantaine, entretenant d'excellents rapports avec sa mère, des rapports plus distants avec son père. Marié, père de famille, il se disputait avec sa femme, mais très rarement, et avait déjà mis une fessée à ses enfants, mais là encore, très rarement. Voilà comment cela fut traduit dans son rapport de sortie : « Ce patient manifeste une longue

histoire de très grande ambivalence dans ses relations avec ses proches, qui a commencé dès la petite enfance. Une relation chaleureuse avec sa mère s'est refroidie à l'adolescence. Une relation distante avec son père est devenue au contraire très intense. On note une grande instabilité affective. Ses tentatives pour contrôler ses émotions avec sa femme et ses enfants sont ponctuées de colères explosives et, dans le cas des enfants, de fessées. Et, bien qu'il dise avoir de nombreux amis, on note là aussi une ambivalence considérable. »

En somme, si l'on peut facilement considérer le comportement et l'histoire terriblement lisse de cet homme si peu perturbé psychologiquement comme le reflet d'une grande instabilité affective, imaginez ce que ces professionnels pourraient penser de vous, s'ils se penchaient sur vos relations avec vos parents, sur la manière dont vous vivez en couple, ou pire, sur votre historique Internet. Vous seriez probablement condamné à porter une camisole à vie, enfermé dans une chambre matelassée, et gavé de psychotropes comme on gava une oie avant la période des fêtes.

Sur les 193 patients admis pendant cette période, 51 furent considérés comme des imposteurs par au moins un psychiatre ou membre du personnel, et 52 comme suspects. En réalité, Rosenhan n'avait envoyé aucun volontaire.

Rosenhan avait ainsi prouvé qu'un individu sain pouvait être considéré comme mentalement malade par des professionnels. Cette expérience, déjà assez sidérante, n'était pourtant pas terminée. Il voulut donc prouver le contraire, ce qui impliqua alors de faire diagnostiquer comme sain un individu atteint de sérieux troubles psychologiques. Un hôpital se porta donc volontaire pour tester sa capacité à délivrer de bons diagnostics. Sur une durée de trois mois, Rosenhan devait tenter de faire admettre un maximum de patients en bonne santé au sein du service psychiatrique de cet hôpital. Chaque membre du personnel - infirmiers, psychiatres, psychologues - était amené à noter, sur une échelle de 1 à 10, la probabilité que chaque patient soit un imposteur. Sur les 193 patients admis pendant cette période, 51 furent considérés comme des imposteurs par au moins un psychiatre ou membre du personnel, et 52 comme suspects.

En réalité, Rosenhan n'avait envoyé aucun volontaire. Tous étaient authentiquement persuadés d'être malades, et l'étaient sans doute.

Cette expérience, passée à la postérité, a eu un retentissement incroyable. On pourrait simplement en conclure que les psychiatres sont eux-mêmes des imposteurs, et l'exemple de Lauren Slater aurait tendance à aller dans ce sens. Dans son ouvrage [Opening Skinner's Box](#), publié en 2004, cette psychologue américaine rejoue de l'intérieur une dizaine d'expériences sociologiques marquantes, afin d'en tirer des conclusions nouvelles. Parmi elles, la célèbre expérience de Milgram, mais aussi, évidemment, celle de Rosenhan. Malgré le succès de son livre, elle fut rapidement soupçonnée de n'avoir rien expérimenté, et de s'être basée uniquement sur sa formidable imagination. Incapable de prouver ses dires, elle fut logiquement prise pour une menteuse par l'ensemble de la communauté scientifique. Il faut dire que Lauren Slater leur avait bien préparé le terrain, puisqu'elle confessait quatre ans auparavant souffrir (entre autres) de mythomanie, dans un autre ouvrage, *Lying*.

Plus sérieusement, l'étude de Rosenhan a également inspiré une émission diffusée sur la BBC en 2008, et intitulée [How mad are you ?](#) Une équipe de trois professionnels était diligentée pour observer un groupe de dix volontaires pendant une semaine. Parmi ces dix volontaires, cinq étaient traités pour des troubles mentaux, et

cinq étaient théoriquement sains. Le but, pour les trois médecins, était tout simplement de découvrir les cinq individus traités. Ils n'en identifièrent que deux, diagnostiquant comme malades deux individus sains, et se trompant sur le diagnostic du dernier. Même si l'objectif de départ d'un tel programme était de minimiser la stigmatisation des malades mentaux, et malgré le délai très court pour de telles conclusions psychiatriques, le résultat est le même que celui de l'étude de Rosenhan : même pour un professionnel, il est quasiment impossible de différencier un individu considéré comme sain d'un individu considéré comme malade.

L'étude de base a déjà un demi-siècle, mais cette petite expérience télévisuelle tend à prouver que les choses ne sont pas fondamentalement différentes aujourd'hui. En fait, elles sont même bien pires. A l'heure actuelle, il est tout simplement presque impossible de ne pas être considéré, d'une manière ou d'une autre, comme un malade mental.

Le [DSM](#) (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) est un manuel rédigé par la société Américaine de psychiatrie, et servant de référence à la classification mondiale des maladies du guide de l'OMS. Il est censé recenser, décrire et classifier les troubles mentaux. La première version du DSM a été publiée en 1952, et comptabilisait 60 pathologies différentes. Sa deuxième édition, datée de 1968, portait ce nombre à 145. Puis, une troisième version a été révisée en 1987, identifiant 292 diagnostics de troubles mentaux. Puis 410 dans le DSM-IV, sorti en 1994. La dernière version, le DSM V, en comptabilise plus de 500.

Avec un demi-millier de diagnostic possibles, n'importe quel comportement peut être interprété comme un symptôme d'au moins un des troubles mentaux présentés dans cet ouvrage de référence. La moindre manifestation d'un quelconque trait de personnalité devient donc médicalement traitable : si vous n'aimez pas prendre la parole en public, c'est que vous êtes atteint de troubles anxieux généralisés ; si vous oubliez régulièrement vos clés ou votre pass navigo, vous souffrez de troubles cognitifs ; si vous êtes plus fatigué en hiver à cause du froid ou des journées plus courtes, il s'agit d'un trouble affectif saisonnier. Dans tous les cas, n'ayez crainte, l'industrie pharmaceutique peut vous sauver : anxiolytiques, antidépresseurs, thymorégulateurs ... quel que soit le mal dont vous souffrez, il existe un traitement médicamenteux adapté.

Et si vous ne souffrez de rien, pas d'inquiétude : vous aurez quand même droit à votre dose pharmacologique. Quand le syndrome d'Asperger a été inclus dans la quatrième mouture du DSM, les spécialistes ont estimé que le nombre de cas allait tripler. Ils avaient tort : il a été multiplié par quarante. Une véritable épidémie ... ou, plus probable, une surinterprétation des symptômes. Sur le même principe, le DSM-5 a introduit en 2013 le principe de "Désordre d'humeur explosive", un trouble qui concerne les enfants de plus de six ans qui se mettraient en colère plus de trois fois par semaine en moyenne. Le même type de notion existait déjà dans le DSM-4 sous le nom de Déficit Aigu de l'Attention (DAA), ce qui avait tout de même abouti à l'un des épisodes mythiques de la saison 4 de South Park : [Timmy](#).

Dans cet épisode, tous les mômes de l'école se faisaient diagnostiquer un DAA dans le but de se faire dispenser de devoirs, mais se voyaient, en retour, prescrire un traitement à base de ritaline ... ce qui causa à Cartman des hallucinations et des visions d'une monstrueuse Christina Aguilera. S'il est bien difficile de s'accorder sur une définition stricte de la folie, gageons que quelles que soient les normes sociales prises en compte, voir Christina Aguilera partout est tout sauf le signe d'un esprit sain.

On peut creuser toujours plus profond dans l'univers des troubles mentaux classifiés. Par exemple, si votre petite amie est irritable quelques jours par mois, inquiétez-vous : elle n'est pas juste une femme parmi tant d'autres. Elle souffre de désordres mentaux, et selon la dernière version du DSM, elle est atteinte d'un [trouble dysphorique prémenstruel](#). Et évidemment, des traitements existent.

« J'ai un projet, devenir fou ». Quand Fiodor Dostoïevski, du haut de ses 17 ans, balance l'une de ses punchlines les plus célèbres, il ne sait pas encore qu'au 21ème siècle, devenir fou est à la portée de tout le monde. Absolument tout le monde. Surtout vous.



<http://www.levif.be/actualite/sante/la-phobie-sociale-mal-du-siecle/article-normal-450599.html>



Stagiaire | 05/02/16

La phobie sociale, mal du siècle

Après la dépression et l'alcoolisme, la phobie sociale serait le troisième trouble psychologique au monde. Voilà de quoi se pencher sur la question et s'attarder sur les causes et traitements de l'anxiété sociale.



/ © iStockphoto

A l'heure des smartphones et d'Internet, on communique et on consomme différemment. Nombreux sont ceux à se demander si la communication électronique d'aujourd'hui, ne tue pas la "vraie" communication. Ce qui est certain, c'est qu'elle modifie l'interaction entre individus. Toute notre vie sociale en est révolutionnée. On est

finalement plus proche de ceux qui sont loin au détriment de ceux qui nous entourent physiquement. Ce qui nous pousse à nous questionner sur les possibles répercussions que cette révolution silencieuse peut avoir sur notre vie émotionnelle.

Dans cette lignée, une [étude de la Kent State University](#) montre par exemple que chez les étudiants, l'utilisation fréquente d'un smartphone est liée à l'anxiété de manière générale, ainsi qu'à de moins bonnes notes. Un autre élément de réponse pourrait se trouver dans une autre recherche de l'Université de Göteborg, qui conclut que l'usage excessif d'un smartphone ou d'un ordinateur engendrerait dépression et troubles du sommeil tant chez la femme que l'homme. Il semble dès lors essentiel de se pencher sur la question de l'anxiété sociale.

Trouble psychologique faisant partie des troubles anxieux, la phobie sociale se caractérise par une peur handicapante de se retrouver dans des situations où l'on est confronté au regard des autres.

Aux origines du trouble

La plupart du temps, cette phobie surgit dans l'enfance ou l'adolescence. Selon le [WebMd](#), trois facteurs sont à l'origine de l'anxiété sociale. On estime que ce trouble pourrait venir d'un fonctionnement défectueux des circuits cérébraux à l'origine de la régulation des émotions. Il s'agit là du facteur biologique.

La génétique a aussi son mot à dire puisque les chercheurs ont constaté que l'anxiété était également présente chez des membres de la famille de premier degré (parent, frère, enfant).

Bien évidemment, le facteur psychologique y est aussi pour quelque chose. L'anxiété sociale pourrait prendre ses racines dans une expérience traumatisante ou humiliante de l'enfance. Comme par exemple les intimidations infligées par des camarades de classe à l'école.

Par ailleurs, les individus souffrant d'anxiété peuvent avoir développé la pathologie simplement en observant le comportement des autres. Le facteur environnemental serait donc non négligeable.

Quand la timidité devient malade

Il est naturel de ressentir une certaine timidité ou gêne dans certaines situations de la vie quotidienne. D'ailleurs, selon [l'Institut de Psychiatrie Brugmann](#), 40% de la population en souffrirait. Cependant, "dès que la personne souffre et s'ingénie à éviter les situations qui l'angoissent, ou ne peut les affronter qu'au prix d'une peur immense, on quitte le domaine de la simple timidité pour entrer dans l'anxiété sociale", peut-on encore lire sur leur site.

Ainsi, la timidité concernerait 30 à 60 % des sujets, le trac invalidant de la prise de parole en public environ 30 %, et la personnalité évitante 1 à 2 %. Mais de récents travaux épidémiologiques permettent d'estimer qu'environ 10 % de la population souffre de manifestations invalidantes d'anxiété sociale, ce qui ferait de ce trouble le troisième en fréquence dans le champ psychiatrique, après la dépression et l'alcoolisme.

Il n'existe pour le moment aucun test spécifique en laboratoire, mais différents tests qui permettent aux médecins de diagnostiquer le trouble.

En 1987, Michel Liebowitz, chercheur en psychologie a élaboré un test permettant d'évaluer l'anxiété et l'évitement dans des situations d'interaction sociale. Il ne sert cependant pas de diagnostic, mais a été conçu

pour les contextes cliniques. Et reste toutefois intéressant puisqu'il permet dans une mesure relative, d'évaluer l'intensité de sa timidité.

[>>> Faites le test Liebowitz ici](#)

Par ailleurs, la phobie sociale peut se déclarer seule ou accompagnée d'autres troubles comme les [troubles obsessionnels du comportement](#), ou encore la [dépression](#).

Traitements

Plusieurs types de traitement existent. Le premier pas est cependant d'identifier le problème et d'être en mesure de consulter un spécialiste. Comme pour tous les troubles psychologiques, la prise de conscience est une étape primordiale.

Les symptômes d'anxiété sociale peuvent être atténués par des [thérapies](#), comme la psychothérapie cognitivo-comportementale dont le but est de "corriger" les comportements des patients en les exposant à des situations générant de l'angoisse.

Sur avis du médecin et selon les cas, un traitement médicamenteux, comme les antidépresseurs, peut être préconisé.



<http://www.reporterre.net/Les-cinq-methodes-de-l-industrie-pharmaceutique-pour-nous-bourrer-de>

10 février 2016 / [Sarah Lefèvre \(Reporterre\)](#)

Les cinq méthodes de l'industrie pharmaceutique pour nous bourrer de médicaments inutiles



L'industrie pharmaceutique va bien, très bien même. Grâce aux Français, leurs plus fidèles clients au monde, mais d'abord grâce à un intense et efficace travail de l'ombre auprès des autorités politiques et sanitaires et des médecins. Si la santé des laboratoires est renforcée par ces pratiques, ce n'est pas le cas de celle des patients.

Au concours des consommateurs du comprimé, les Français figurent toujours sur la première marche du podium. En moyenne : quatre comprimés avalés par jour pour l'ensemble de la population et une facture de [34 milliards d'euros en 2014](#). Soit [2,7 % de plus que l'année précédente](#), dont 20 milliards pris en charge par la Caisse nationale d'assurance maladie. Parallèlement, l'industrie pharmaceutique s'affirme comme [la plus rentable au monde](#) et elle ne cesse de progresser : 639 milliards d'euros de chiffres

d'affaires global pour le secteur en 2013, [en croissance de 4,5 % par rapport à 2012](#). Il y a 10 ans, un rapport de la Chambre des Communes anglaises sur l'industrie pharmaceutique concluait : « *Elle est maintenant hors de tout contrôle. Ses tentacules s'infiltrent à tous les niveaux* » (texte en bas de cet article). Le constat est-il toujours d'actualité ? Comment s'y prend-elle, dans quelles strates se fond-elle pour maintenir notre dépendance et



commercialiser toujours plus de nouvelles molécules ?

Tout commence par le cabinet du médecin traitant : le principe concurrentiel de la médecine libérale et payée à l'acte implique la notion de satisfaction. Claude Malhuret, sénateur UMP, a proposé plusieurs amendements en faveur de l'indépendance du corps médical face au lobby pharmaceutique lors du vote de la loi santé. « *Les médecins sont prêts à tout pour garder leurs patients. Alors ils répondent à leurs demandes.* »

Les somnifères, les benzodiazépines [anxiolytiques]... C'est un scandale, ça tue les vieux ! C'est normal, quand on est vieux, de ne dormir que cinq heures par nuit. Tous ceux qui en prennent à long terme – pas plus de six semaines normalement – sont finalement dépendants et subissent un déficit cognitif d'autant plus fort qu'ils sont âgés. » Dans ce système régi par la rentabilité et la réponse aux besoins immédiats du patient, pas le temps de s'intéresser en profondeur aux origines des troubles du sommeil ou d'une dépression, comme l'explique Jean-Sébastien Borde, président du Formindep, collectif de médecins qui œuvre pour une formation indépendante. « *Nous sommes parmi les champions du monde de la consommation des anxiolytiques. Or l'accompagnement de ces pathologies prend du temps si l'on veut comprendre ce qu'il se passe, tandis que la prise d'un médicament va soulager automatiquement. C'est la conjonction d'un manque de praticiens et d'un nombre de consultations très élevé pour chacun qui conduit à ces prescriptions très importantes.* »

1. Manipuler le baromètre thérapeutique

Cette surconsommation de médicaments est encouragée par les labos. Première technique : modifier le seuil à partir duquel le médecin doit prescrire. Prenons l'exemple de l'hypertension, à l'origine de troubles cardiovasculaires, qui représente la moitié du marché médicamenteux de la cardiologie, selon Philippe Even, ex-président de l'institut Necker [1] et fervent militant anticorruption. « *L'industrie, puis les agences de santé et les médecins ont redéfini l'hypertension à 14, contre 16 auparavant. Alors que la tension moyenne de la population se situe aux alentours de 13. Ça a l'air de rien comme ça, je n'arrive pas à réveiller les gens à ce sujet, mais qu'est-ce que cela signifie ?* » Le professeur émet un bref silence avant de hausser le ton. « *Cela veut dire quadrupler le marché des antihypertenseurs, parce qu'il y a quatre fois plus de gens qui ont une tension entre 14 et 16 !* »

2. À nouvelles maladies, nouveaux marchés

Autre tendance, la transformation de facteurs de risque en maladies. Exemple phare : le cholestérol, « *notre ennemi à tous* ». Parmi les traitements « *blockbusters* », le Crestor, du laboratoire Astrazeneca. Il est [la troisième](#)

[référence pharmaceutique](#) la plus commercialisée au monde. Cette pilule anticholestérol fait partie de la famille des statines, prescrites à outrance et souvent à vie. « *Cinq millions de gens sont traités avec des statines en France, explique Claude Malhuret. Contre un million seulement qui en auraient besoin.* » Seules les personnes qui ont déjà eu un accident cardiovasculaire devraient en consommer, selon lui. *Quid des quatre millions de personnes qui en prennent inutilement ? Les effets secondaires recensés sont lourds : insuffisance rénale, troubles musculaires, cognitifs, hépatiques, impuissance, myopathie, cataractes.* Le sénateur enchérit : « *Le jour où toutes ces personnes âgées qui consomment des statines et autres somnifères vont mourir d'un accident médicamenteux, personne ne va s'en occuper ou bien même s'en soucier. Elles seront mortes de vieillesse, comme tout le monde !* » 20.000 accidents dus à de mauvaises prescriptions sont recensés chaque année en France. Un chiffre sous-estimé [selon Michèle Rivasi](#), députée européenne EELV, « *du fait des carences de notre système de pharmacovigilance* ».

3. Chers visiteurs médicaux



Une vigilance qui doit s'opposer à l'omniprésence du marketing. Les médecins sont quotidiennement sollicités par les visiteurs médicaux qui assurent la promotion des nouvelles molécules. « *Les lobbies sont omniprésents dans les couloirs des hôpitaux,* affirme Jean-Sébastien Borde, du Formindep. *Or, le médicament prescrit par le spécialiste aura tendance ensuite à être prescrit par le généraliste à la sortie de l'hôpital.* » Et cette promotion fonctionne à merveille, selon [une étude de 2013 publiée dans Prescrire](#), la seule revue médicale indépendante en France. Les médecins qui

reçoivent le plus de consultants ont les ordonnances les plus généreuses. Ces mêmes praticiens reçoivent plus de patients, pour des temps de consultation plus courts et lisent davantage de presse gratuite financée par les firmes elles-mêmes. Les visiteurs tentent d'instaurer « *une relation amicale* » avec les médecins et offrent petits déjeuners ou déjeuners, proposent d'organiser le pot de départ des internes... 244.572.645 € : voici le montant total des cadeaux des firmes pharmaceutiques aux médecins entre janvier 2012 et juin 2014, recensés par le collectif Regards citoyens.

4. Séduire les leaders d'opinion

Les *Key Opinion Leaders*, alias KOL, ou leaders d'opinion, clés de voûte de la promotion des médicaments, interviennent en première ligne, avant et après l'autorisation de mise sur le marché (AMM) des médicaments. Ils sont rémunérés pour réaliser les essais cliniques, les valider puis prêcher la bonne parole durant les congrès de spécialistes, dont les déplacements, frais de bouche et hôtels sont pris en charge par les labos, pour eux comme pour leurs confrères présents sur place. En tant que chef du service de gériatrie à l'hôpital Pitié-Salpêtrière, à Paris, Olivier Saint-Jean a le profil parfait. « *Je suis un KOL négatif* », affirme-t-il pourtant. Le professeur refuse de prescrire les seuls traitements « *inutiles voire dangereux* » qui existent aujourd'hui contre la maladie

d'Alzheimer. « *C'est complexe pour nous de dire : "Je n'ai rien à vous prescrire." Mais à partir du moment où je me suis rendu compte que le traitement était dangereux pour les patients, j'ai basculé et j'ai dit à mes étudiants à l'université que cela ne marche pas.* » En 2006, l'Inserm lui demande d'étudier de plus près les analyses de ces médicaments. Résultat : il démontre leur inutilité, et révèle qu'ils peuvent s'avérer toxiques pour des patients justement atteints de troubles de la mémoire. « *Je me suis fait insulter par mes confrères, raconte-t-il. Certains, en lien avec les labos, disaient qu'il était criminel de dire que ces médicaments étaient inefficaces.* » KOL négatif, donc non rentable, brebis égarée d'un star système qu'il décrit par ailleurs pour y avoir participé quand la recherche était encore teintée d'espoir.



« Il y a trente ans, ces personnes âgées restaient dans les hospices et les fonds de salle des hôpitaux psychiatriques. Puis, les labos ont proposé des médicaments en parallèle de professionnels qui se bougeaient pour avoir une vraie reconnaissance de ces malades. J'ai eu des liens d'intérêts avec les labos à ce moment-là. On avait vraiment envie de faire mieux. Cela m'arrivait d'aller faire des formations à des médecins traitants et puis, c'est vrai que je repartais avec un chèque.

Parfois réinjecté dans le service, parfois dans ma poche. » À l'heure où le montant des crédits alloués à la recherche ne cesse de baisser, de plus en plus de chefs de service, les « patrons », comme on les appelle, acceptent la manne des études diligentées par les labos.

Mais alors quelle différence y a-t-il entre lien et [conflit d'intérêts](#) ? Claude Malhuret s'est battu au Sénat en 2015 lors du vote de la loi santé de Marisol Touraine pour imposer des amendements en faveur de plus de transparence entre les firmes et le corps médical. « *Un laboratoire vous demande par exemple d'effectuer des recherches pour approfondir la compétence sur une pathologie. Vous réalisez cette étude, vous amenez donc des résultats et êtes rémunéré pour les services que vous avez rendus au laboratoire mais vous n'êtes pas en situation de conflit. Au contraire, il y a conflit d'intérêts lorsque, en échange d'une rémunération, vous apposez votre signature en bas d'une étude que vous n'avez pas pris le temps de suivre, de réaliser vous-même.* » Ceux-ci sont une minorité insiste Philippe Even dans son dernier ouvrage *Corruptions et crédulité en médecine* : il identifie par exemple « *les six cardiologues parisiens les plus liés à l'industrie* ». Ce sont eux qui agissent ensuite auprès des autorités publiques, puis qui deviennent membres et présidents des agences de santé et livrent leurs recommandations au ministère pour les autorisations de mise sur le marché (AMM).

5. Contrôler les études et les consciences

Une fois l'AMM obtenue, une grosse machine en trois étapes se met en branle. La première est celle de la diffusion orale : « *Il faut que des universitaires aillent de congrès en séminaires répandre la vérité sur la dernière merveille du monde qui vient d'arriver* », raconte Philippe Even. Aux États-Unis, des médecins que l'on appelle les « *Tour Doctors* » passent des contrats d'orateurs avec les firmes.

C'est à ce moment-là que la presse s'en empare, c'est la deuxième phase. Les firmes s'arrangent alors pour faire signer les articles par les spécialistes des pays au plus fort potentiel de marché : États-Unis, Europe, Japon, Chine, Brésil. « *Le plus souvent, ils lisent l'article écrit par des sous-traitants de l'industrie et le signent* », poursuit l'auteur de *Corruption et crédulité en médecine*. Nos consultants ou leaders d'opinion ont ensuite la charge de répercuter la promotion dans leurs pays respectifs, dans les journaux locaux, sur les plateaux télé. « *Et alors de nombreux journaux, même réputés, tombent dans le panneau : "Un expert mondialement reconnu", lit-on dans Le Monde ou dans Le Figaro, par exemple... Reconnu à l'intérieur du périph, oui !* » rit Philippe Even, avant de poursuivre. « *Or, ces journaux, comme les journaux spécialisés ne vivent plus que grâce à la pub et donc à l'industrie.* » D'ailleurs, quel secteur se porte encore mieux que l'industrie pharmaceutique ? Justement celui de ces journaux médicaux. « *Alors que les firmes pharmaceutiques réalisent en moyenne 20 % de bénéfices par an,*

les organes de publication en réalisent 30 % ! » affirme le président de l'institut Necker.



Dernière phase : le médicament doit être recommandé par les prescripteurs et les sociétés dites savantes, comme les fédérations de santé, qui sont des centaines en France. La fédération de cardiologie par exemple, celle de l'hypertension, la société d'athérosclérose, etc., financées par les laboratoires : « *Elles émettent des recommandations officielles. Pour les rendre officielles, la Haute Autorité de santé reprend les articles d'experts qui les ont rédigés pour*

les firmes. À travers ces trois étapes, les congrès, les journaux, les sociétés et agences de santé, on peut dire que les sociétés tiennent directement la plume des prescripteurs. »

Sur les 2.000 médicaments commercialisés (10.000 au total avec les copies), seuls « *200 sont utiles* », selon Philippe Even. Michel Thomas, professeur en médecine interne [2] à Bobigny, va plus loin. Il a publié [une étude en 2013 recensant 100 médicaments](#) vraiment indispensables. « *On considérait qu'il y avait beaucoup trop de consommation de médicaments en France et qu'il fallait se pencher sur l'essentiel.* » Après validation auprès d'une centaine de médecins internistes français, la liste se réduit aujourd'hui à 85 références, hors traitements de maladies rares et anticancéreux, pour une prise en charge de « *95 % des pathologies de départ* ». Michel Thomas attend avec impatience de voir si, comme prévu dans la loi de santé, une liste des médicaments « *préférentiels* » inspirés de la sienne verra le jour. « *Le Leem, le syndicat des firmes pharmaceutiques en France, a fait une offensive lors de la discussion de cette loi pour tenter de l'interdire, mais cette proposition a retenu l'aval de l'Assemblée et du Sénat* », se félicite-t-il. Reste à savoir quand et comment sera promulguée cette loi de santé, car, comme il le dit, « *les décrets d'application peuvent tout changer* ».

« L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE EST MAINTENANT HORS DE TOUT CONTRÔLE »

Voici un [extrait d'un rapport de 2006](#) de la Chambre des Communes anglaise sur l'industrie pharmaceutique, dont les conclusions ont été reprises par l'ONU en 2008. Selon les médecins contactés, ce rapport est toujours valable.



La Chambre des Communes anglaise.

« L'industrie pharmaceutique trahit ses responsabilités à l'égard du public et des institutions. Les grandes firmes se sont de plus en plus focalisées sur le marketing, plus que sur la recherche, et elles exercent une influence omniprésente et persistante, non seulement sur la médecine et la recherche, mais sur les patients, les médias, les administrations, les agences de régulation et les politiques. (...) Elle s'est imbriquée dans tout le système, à tous les niveaux. C'est elle qui définit les programmes et la pratique

médicale. Elle définit aussi les objectifs de recherche de médicaments sur d'autres priorités que celles de la santé publique, uniquement en fonction des marchés qu'elle peut s'ouvrir. Elle détermine non seulement ce qui est à rechercher, mais comment le rechercher et surtout comment les résultats en seront interprétés et publiés. Elle est maintenant hors de tout contrôle. Ses tentacules s'infiltrèrent à tous les niveaux. Il faut lui imposer de grands changements. »

POUR ALLER PLUS LOIN

Sur l'internet

- ▶ *Qualité de vie en France*, étude Insee, [édition 2015](#).
- ▶ « Les dépenses de santé en 2014 », *Études et résultats* n° 935, Drees, [septembre 2015](#).
- ▶ « Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre », rapport de l'OMS traduit en français par la [Haute Autorité de santé en 2013](#).
- ▶ *Conflicts d'intérêts, un risque sanitaire*, étude collective du Formindep, [collectif indépendant pour la formation des médecins, 2015](#).

En librairie

- ▶ [Le Racket des laboratoires pharmaceutiques et comment s'en sortir](#), Michèle Rivasi, Serge Rader, Marie-Odile Bertella-Geffroy, Les Petits Matins, 2015.
- ▶ *Corruptions et crédulité en médecine*, Philippe Even, Cherche midi, 2015.
- ▶ *Guide des 4.000 médicaments utiles, inutiles et dangereux*, Philippe Even et Bernard Debray, Le Cherche Midi, 2012.
- ▶ *Big Pharma, une industrie toute puissante qui joue avec notre santé*, Mikkel Borch-Jacobsen, éditions Les Arènes, 2013.
- ▶ *Médicaments. Effets secondaires : la mort*, John Virapen, Le Cherche Midi, 2014.
Le témoignage d'un ancien haut dirigeant d'une grande firme pharmaceutique.

[1] Centre international de recherches en médecine moléculaire affilié à l'université Paris-Descartes et à l'hôpital Necker, à Paris

[2] La médecine interne est une spécialité médicale. Elle s'intéresse au diagnostic et à la prise en charge globale des maladies de l'adulte avec [une prédilection pour les maladies systémiques et les maladies auto-immunes en général](#).

Tous un peu TOC?



Illustration: Tiffet

Entre manies et folies, les rituels singuliers contre le stress

Freud, qui avait pourtant écrit des charrettes de tomes sur la question, ne donnait pas sa place côté compulsion. Levé à 7 h, il convoquait son barbier tous les matins pour lui faire tailler au millimètre les poils folets de son bouc, avant de s'enfermer dans son bureau et d'allonger ses patients sur le divan.

Depuis que Justin Trudeau a conféré un statut présidentiel au *selfie* mitraillé de façon quotidienne, l'excès est soudainement devenu l'ami du bien. Pour combien de personnes l'élan pour l'égoportrait est devenu une compulsion

socialement acceptée dans nos univers numériques.

Il y a 30 ans, on vous aurait allongé sur le divan d'un psy pour moins que cela. L'époque, obsédée par le rituel personnalisé, est aux manies, et les tics ne font plus toc.

Tics en stock

De tout temps, une pléthore de personnalités publiques ont fait rimer manies avec célébrité. Au pays de la Sainte-Flanelle, les confidences intimes d'un gardien de but qui méprenait ses poteaux pour un confessionnal ont fait couler des gallons d'encre.

On ne compte plus non plus les stars du foot qui se signent ou embrassent des objets ostentatoires avant d'oser poser l'orteil sur la pelouse.

Récemment, l'image des petits jeux de doigts énigmatiques échangés par Céline Dion avec ses proches ont fait les choux gras de la presse *pipole*.

Les objectifs ont croqué jusqu'à plus soif le subtil jeu du pouce et de l'index de la chanteuse endeuillée drapée dans sa noire voilette, ultime baiser dessiné sur le cercueil de son âme sœur. Comme un message muet expédié vers l'au-delà.

Il est aussi des gens pour qui il en va des avions comme des chiens. Avant de monter à bord d'un gros-porteur, ils effleurent la carlingue pour mater la bête de métal comme on tend sa main pour amadouer n'importe quel cabot à l'air louche.

D'autres voyagent sur des vols séparés, rongés d'angoisse à l'idée d'infliger à leurs rejetons une vie d'orphelins. Et ce, même si, rationnellement, ils courent plus de risque à traverser la rue qu'à voyager sur Malaysia Airlines.

La manie ne fait pas le moine

Ces rituels étranges et obsessionnels sont souvent associés aux seuls artistes et abonnés aux paparazzis, comme si, pour briller sur les planches ou accoucher d'une oeuvre transcendante, il fallait nécessairement être un peu fêlé du chaudron et s'accommoder de quelques araignées dans le plafond. (Chez les Anglais, on préfère les chauves-souris dans le clocher !)

Le mythe de l'artiste ou du grand inventeur génial, nécessairement siphonné, continue de coller à la peau des hyperactifs et autres allumés de ce monde.

Comme si le cerveau devait nécessairement compter quelques câbles disjonctés pour s'élever au-dessus de la matière grise moyenne. Ne sommes-nous pas tous un peu limite TOC (trouble obsessionnel compulsif) à nos heures ? TOC, non, mais bourrés de manies, oui, affirment certains psychologues.

Le TOC pur et dur est une condition grave qui ne touche que de 2 à 3 % de la population, explique Geneviève Gauthier, spécialiste des troubles anxieux et de l'humeur à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. « *Le TOC, c'est un comportement obsessionnel qui empêche les gens de fonctionner parce que leurs manies prennent tellement de place qu'ils ne peuvent poursuivre leur travail ou leur vie de façon normale* », nuance-t-elle.

Entre tics et TOC

Mais là où le tic rencontre le TOC, dit-elle, c'est que répéter un rituel bénin a pour but de faire baisser une certaine tension, d'injecter une généreuse dose de dopamine pour dompter une angoisse qui sommeille et que l'on désire inconsciemment tenir en laisse.

« Le parallèle peut être fait avec les manies ou les rituels. Si on fait un geste, conscient ou non, et que cela apaise une tension générée par une performance, un travail ou une situation, on aura tendance à penser que refaire le geste aura le même effet. Sans s'en rendre compte, bien des gens qui ont des manies cherchent l'apaisement. C'est une façon de réguler les émotions. Tant que ce n'est pas maladif ou exagéré, il n'y a aucune raison de changer cela », soutient la psychologue.

Doudous virtuels

Dans notre univers sous tension dopé à la performance, les tics et manies germent aussi allègrement que les pissenlits dans les terrains vagues, convient un autre grand manitou des tics et TOC. « *Dès qu'il y a du stress, les gens cherchent des automatismes. Le rituel, c'est une façon de se donner un sentiment de contrôle sur quelque*

chose d'incontrôlable comme le stress. Même si c'est une illusion ! » insiste le Dr Kieran O'Connor, professeur au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Adultes comme enfants, qu'importe, la manie, le tic, devient le doudou virtuel que plusieurs têtent mentalement avant de pouvoir passer à l'action.

Qu'on ait 7 ou 77 ans, l'âge n'exclut pas le besoin d'une routine apaisante, d'un grigri invisible ou d'un processus physique ou mental pour affronter l'adversité.

Rituels sur mesure

La manie peut être le talon d'Achille du perfectionniste ou le *modus operandi* du super créateur, tétanisé devant la page blanche ou devant un public à conquérir, note le psychologue. *« C'est vrai qu'il y a quelque chose d'incontrôlable dans la création, d'où la manie chez certains artistes de chercher les conditions parfaites pour susciter l'inspiration. Mais l'inspiration, ça ne se commande pas. »*

Même si la manie tire son nom du latin *mania*, pour folie, pas besoin d'être fada ou d'avoir pété un plomb pour s'inventer des rituels sur mesure, assurent ces deux experts.

En fait, insiste Kieran O'Connor, c'est plutôt notre époque hypercartésienne, épurée de rites, qui s'accommode mal de certains comportements irrationnels moins socialement acceptés.

« Avant, la vie des gens était totalement régulée par des rituels, c'était la façon normale de faire face au stress de la survie quotidienne, aux éléments incontrôlables. En fait, les manies étaient considérées comme une partie de la personnalité, pas comme une maladie », note le sage docteur.

Aujourd'hui, on vous remplit une prescription ou on vous conseille la psychanalyse pour un tic, moins qu'un TOC. *« De nos jours, bien des gens n'ont plus à stresser pour leur survie. Ils doivent cependant composer avec des stress négatifs résiduels, qu'ils tentent de dompter à leur manière avec toutes sortes de petits rituels. »*

Zinzin Zine : antipsychiatrie & compagnie

Réflexions contre la psychiatrie et pour d'autres approches de nos anormalités

http://www.zinzinzone.net/2016/02/le-reseau-des-groupes-de-soutien-mutuel-un-exemple-d-autogestion-de-la-sante-mentale.html?utm_source=ob_share&utm_medium=ob_facebook&utm_campaign=ob_sharebar

Publié le 12 février 2016 par Zinzin Zine | Par Ana Álvarez (16/01/16)

Le réseau des Groupes de Soutien Mutuel* : un exemple d'autogestion de la santé mentale



Trois groupes de personnes dissidentes du système psychiatrique intègrent à Barcelone un réseau pour prendre soin mutuellement les unEs des autres et politiser leurs mal-être.

« Depuis presque deux ans nous nous sommes regroupées entre personnes dissidentes et évadées du système psychiatrique dans le but de prendre mutuellement soin de nous et de politiser notre mal-être. **Nous avons créé un groupe de soutien mutuel, sans hiérarchies ni professionnels**, un groupes de personnes directement concernées qui voulaient et veulent parler à la première personne (du

pluriel) de la santé et de comment nous traversons nos moments de crise, et aussi de comment autogérer cela et combattre pour nos vies ».

Ainsi se présente sur son site web le [réseau des Groupes de Soutien Mutuel \(Xarxa GAM\)](#) de Barcelone, des groupes qui surgissent de « la nécessité de partage avec des pairEs, avec des personnes qui ont vécu quelque chose de semblable », signale Germán, un de ces membres, à *Diagonal*.

Le réseau GMS [NDT : "Xarxa GAM" en catalan] se caractérise par un fonctionnement en assemblée, autonome des institutions et sans direction « d'experts ». Les groupes sont intégrés par des personnes diagnostiquées et critiques du système de santé mentale qui, « fatiguées d'être l'objet du savoir expert des autres, ont décidé d'être le sujet de leur propre expérience de vie », expliquent-iEls.

Dans leurs discussions et ateliers iEls soulignent particulièrement que leur but est le soutien et non l'aide : « Nous sommes fatiguéEs de l'assistanat, parce que nous en avons déjà eu suffisamment. Il ne s'agit pas de parler une fois par semaine et de bien se tenir et puis voilà. Ce n'est pas ce que nous voulons faire. » raconte Germán.

Pour lui, la différence réside dans le fait de politiser le mal-être. « Nous partons du principe que le patriarcat et le capitalisme enferment et brisent les personnes. Nous opposons à l'individualisme capitaliste et au sexisme, qui transforme tout en marchandise et qui subjugue, le soutien mutuel, la solidarité entre égales/aux, la joie de lutter ensemble, de partager et prendre soin de nous », expliquent-iEls.

Un pilier important des groupes, conjointement à l'écoute, est de prendre soin les unEs des autres. « Si quelqu'unE est internéE, nous allons essayer de parler avec les psychiatres qui la/le traite ».

Beaucoup des personnes qui rejoignent le groupe ont établi ce qu'iEl veulent faire si iEls ont une crise. « Si je vais mal, j'appelle les compagnonNEs et j'ai établi qui je veux voir, avec qui je veux parler, de quelle façon je veux que l'on s'occupe de moi », nous raconte Germán, des indications qu'il a donné en se fondant sur ses propres expériences. Cette résistance au jour le jour a déjà donné ses fruits. « **Les genTEs sont beaucoup moins internéEs qu'avant** », et cela représente un succès pour le collectif.

Les personnes qui intègrent le réseau sont très variées. « Une femme qui va avoir 70 ans vient juste de nous rejoindre », donnent-iEls comme exemple. « Y compris politiquement. Nous ne voulons pas être dogmatiques dans ce que nous faisons. Il y a des genTEs qui ont un engagement plus politique, de théorisation, et il y a des genTEs qui avancent plus à leur rythme. Pour moi, un des problèmes des mouvements sociaux réside dans le fait d'enfermer la lutte. Dans notre cas, nous luttons pour notre santé, et c'est le plus important », souligne-t-il.

En fin de compte, **les motivations qui amènent chaque personne à se rapprocher de ces groupes sont aussi variées que leurs histoires.** « Certaines personnes aspiraient à quitter la psychiatrie, d'autres à ne pas y entrer de force, d'autres à baisser les doses de médicaments psychiatriques, d'autres à les abandonner définitivement, d'autres à ne pas tomber dans la chronicité et l'enfermement permanent, d'autres cherchaient du soutien dans l'accompagnement de leurs processus d'adaptation à leurs nouvelles identités sexuelles, d'autres à dépasser la stigmatisation de la folie », affirment-iEls.

En plus des trois groupes qui composent le réseau, il existe aussi ce qui est appelé « le cercle extérieur », formé de personnes qui offrent du soutien à ses membres. « Il y a un psychiatre, qui est comme un consultant en médicaments, si l'on peut dire, et on discute du sujet avec lui, et parfois il parle avec les psychiatres qui nous traitent. Il y a aussi un psychologue de la libération, très engagé politiquement, avec lequel on fait un atelier pour parler de relations intimes et stigmatisation », raconte Germán.

Mais ce qui compte dans ce groupe c'est qu'il fonctionne horizontalement : « On essaye de faire en sorte que les genTEs qui sont dans le cercle fonctionnent avec nous d'égal à égal, et non à partir d'une position d'expert ».

Être protagoniste

Avec l'objectif d'acquérir une connaissance théorique de ce qui leur arrive et que cela ne dépende pas toujours d'un professionnel, le réseau a lancé deux groupes d'études : un sur les médicaments, et l'autre sur les courants de la psychiatrie.

« Nous n'en pouvons plus d'être dirigéEs, qu'il y ait une verticalité dans nos processus. Nous voulons avoir un rôle actif dans nos propre vies et avoir une connaissance de ce que nous prenons pour pouvoir en juger, malgré la dépendance que cela provoque », réclament-iEls. « De plus nous avons tenté de développer des stratégies pour parler avec les psychiatres, qu'ils voient que nous avons des connaissances, pour pouvoir leur dire 'ce que je prends me fais ça et ça, et je l'ai lu, nous allons essayer de baisser la dose', mais parfois cette stratégie fonctionne et parfois non. La grande majorité des psychiatres poussent à la prise de médicaments. On ne discute pas des alternatives », se lamente Germán.

Au sein du groupe beaucoup de personnes ont d'énormes connaissances sur les médicaments, puisqu'iEls les prennent depuis plus de 20 ans. « Et c'est incroyable le peu de cas qui est fait de la personne usagère et des

connaissances qu'elle a de ses propres processus, et de ce qu'ont produit en elle les médicaments à chaque moment ».

La position du réseau est clairement critique vis à vis des courants psychiatriques majoritaires et de la surmédicalisation. « Le problème c'est qu'on t'enferme dans le système pour que tu fonctionnes selon lui, on ne te demande pas de le questionner. On se limite à dire qu'il t'arrive cela parce que ton cerveau fonctionne mal, et qu'on va le réguler », dit Germán.

« Il y a une domination de la science biologisante et, comme ce fut le cas pour le 'gène communiste' de Vallejo Nájera [NDT : un psychiatre militaire très influent sous Franco] c'est comme si nous naissions prédéterminés d'une certaine façon par ce que nous avons dans le corps, et que cela ne se discute pas ».

L'apprentissage de ces questions leur donne des outils pour traiter leur propre mal-être et négocier avec leurs psychiatres : « lorsque tu es traitéE comme une merde. Tu t'accroches à n'importe quoi et tu finis par croire ce qu'on te dit. Mais avec la fragilité qui est la tienne, il faut analyser de quelle façon ce qu'on te dit peut t'aider et comment tu te créés une autonomie dans laquelle tu décides de ton propre processus », explique-t-il.

Les membres du groupe reconnaissent que leurs relations avec leurs psychiatres est compliqué. « Il y a une hiérarchie très grande, dans laquelle tu lui racontes tout ce qui t'arrive et lui ne te raconte rien. Et cela représente déjà une relation de pouvoir qu'il a sur toi. De plus, il y en a certains qui critiquent le groupe de soutien mutuel et qui disent aux genTEs de ne pas venir. Ils pensent que nous les convainquons d'arrêter les médicaments, comme si nous étions une secte ou quoi », explique-t-il.

Et il donne l'exemple d'un compagnon qui assistait aux réunions avec l'autorisation de l'HP dans lequel il était interné et à qui maintenant on a interdit de venir.

Il se passe la même chose avec les familles, avec lesquelles on rencontre des réactions de tous types. « Il y a des familles qui n'aiment pas du tout ce que nous faisons. Et d'autres qui nous encouragent à venir ». Les évoquer est un sujet complexe. « Si les modèles familiaux contribuent à augmenter la souffrance, parfois le fait d'être parmi elles n'aide pas », déplore Germán.

Guillermo Rendueles, psychiatre et essayiste, reconnaît cette difficulté : « **En Espagne, lorsque l'on ferme les asiles, la seule structure d'accueil qui survit est la famille.** La folie se vit et se contient aujourd'hui dans la famille, et pour cette raison personne ne s'aventure à questionner le rôle pathogène de l'institution sacrée », expliquait-il dans la revue *Viento Sur*.

Lutte contre la stigmatisation

Dans le cadre de la stratégie qui consiste à politiser le mal-être, une des principales activités du réseau est de visibiliser sa manière de travailler, même si cette tâche se révèle difficile. « C'est difficile lorsque tu organises une discussion, lorsque tu parles avec les genTEs, lorsque tu vas à des réunions toutes les semaines et que tu remues à nouveau ce tu traverses ». Mais il est clair pour moi que plus on en parle mieux c'est, et que de le naturaliser aide à combattre la stigmatisation sociale qui y est attachée.

Le réseau à surtout organisé des discussions dans les centres sociaux et les espaces occupés. « CertainEs ont traversé des expériences très douloureuses dans l'activisme. Et il est vrai que l'on ne prend pas assez soin les unEs des autres généralement dans ces espaces, parce qu'on manque de ressources. Quand une personne devient très paranoïaque avec la police, ou à cause d'un harcèlement, ou quoi que ce soit d'autre, normalement on ne dispose d'aucuns outils. La question de savoir comment nous allons est très importante, c'est très important pour faire ce que nous faisons », reconnaît Germán.

« Dans les centres sociaux nous ne parlons pas de ce que nous ressentons, de comment nous faisons les choses, si nous sommes à l'aise, si quelqu'unE a une crise... Quand nous organisons une discussion nous contribuons à plus d'ouverture sur ces choses-là. Et c'est lorsque les genTEs te voient qu'iEls commencent à raconter », conclut-il.

Internements forcés en hôpitaux psychiatriques [Avertissement de contenu : traumatismes psychiatriques]

L'internement forcé en unité psychiatrique est le cauchemar de toutes les personnes qui intègrent le réseau GSM. Leurs expériences sont tellement traumatisantes qu'iEls en sont venuEs à les rassembler dans un [fanzine \[PDF en castillan\] où iEls racontent les tortures et les vexations.](#)

« **Ils m'ont dit qu'ils m'attachaient pour ne pas que je me blesse**, mais justement le délire que j'avais était que le monde entier me voulait du mal, je n'allais pas me faire du mal à moi-même. Ils sont sortis de la chambre en la verrouillant. Je suis resté ici-même pendant trois jours, seul, attaché au lit, ils me détachaient un bras lorsqu'ils m'apportaient la nourriture et les médicaments, ce qui était un grand soulagement vu que ça me permettait une certaine mobilité, et j'éternisais le repas le plus possible. Je ne savais pas ce qui m'arrivait, j'ignorais complètement pourquoi je me retrouvais là et aucuns infirmiers ni auxiliaires au moment de l'internement ne s'est arrêté pour me parler et me demander ce qui m'arrivait, ce que j'avais, ou pour m'offrir une petite conversation tranquillissante, ce qui était d'une grande nécessité », raconte Joan.

« **Tout le monde décide pour toi, ta parole ne vaut rien**, ils te font subir milles aberrations, t'attachent, te disent des mensonges, te mettent sous camisole chimique ... », explique Eugenia.

L'utilisation de la camisole mécanique, l'immobilisation de la/du patientE par des attaches, est plus que normalisée dans les unités psychiatriques espagnoles et l'on parle à peine de cela, comme [le dénonce sur internet Primera Vocal](#), qui a lancé le débat sur des thèmes en rapport à la santé mentale. Personne ne parle « de son lien avec le manque de personnel, avec les relations de pouvoir qui ont lieu dans les espaces de réclusion, de son effet réel et tangible dans un contexte qui se définit comme thérapeutique, de la manière dont cela s'incorpore à la souffrance psychique de la personne attachée et de comment cela affecte son estime de soi et sa perception du danger, de sa fréquence, des graves complications que cela entraîne, des alternatives qui existent à son utilisation, ou bien des personnes qui sont mortes dans ce pays après avoir été attachées pendant de larges périodes de temps dans des établissements psychiatriques... », dénoncent-t-iEls.

Ce que cachent ces pratiques c'est une autre réalité, explique le psychiatre Guillermo Rendueles dans des déclarations à *Viento Sur*. Les séjours se doivent d'être brefs parce que « les lits des hôpitaux sont incroyablement coûteux. Par conséquent, aujourd'hui on administre des doses de neuroleptiques qui ont été

multipliées par neuf ou dix par rapport aux doses données aux folles/fous qui passaient de longs séjours dans les asiles. Les doses de neuroleptiques traditionnelles font sourire aujourd'hui ».

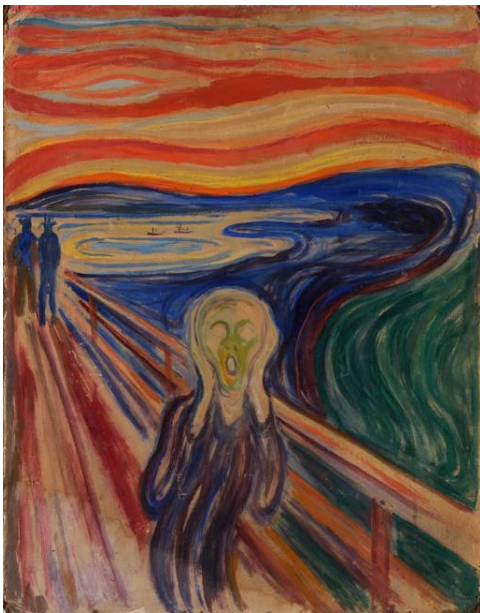
Nous nous retrouvons, selon ce spécialiste, avec des « établissements hospitaliers de santé mentale dans lesquels il faut résoudre en 15 jours une situation impossible à résoudre en une telle durée, et où les patientEs sont enfermés, attachés, hypersurveillés, et misES sont pression par tout le monde », et il ajoute que « les établissements psychiatriques actuels sont toujours fermés et ont des normes de sécurité qui font paraître le nombre de patientEs attachés dans les anciens asiles comme anedoctique. Aujourd'hui il y a un chiffre 20 à 30 fois supérieur de patientEs attachés – littéralement attachés – aux lits ».

Des solutions rapides qui bafouent tous les droits des patientEs.

Rue89
Strasbourg

<http://www.rue89strasbourg.com/index.php/2016/01/24/blogs/malades-mentaux-parmi-nous/>

LE BLOG DE DOC ARNICA | 24 janvier 2016



Le Cri, Edvard Munch, 1893 (Musée Munch à Oslo)

Les malades mentaux sont parmi nous, n'ayez pas peur

Doc Arnica reçoit et soigne des malades mentaux régulièrement. Et pour elle, le regard sur les personnes atteintes de ces maladies doit changer.

Jean a 48 ans, il est informaticien. Il vient me voir pour la première fois. Il arrive de la région parisienne pour un nouveau travail à Strasbourg. Il me demande de lui prescrire ses neuroleptiques et de lui recommander un psychiatre. Jean est schizophrène depuis de très longues années. Il est un peu anxieux vu les changements, mais va plutôt bien.

Mathilde a 30 ans, je la connais depuis son enfance. Il y a 10 ans, elle a fait un épisode délirant paranoïaque qui a duré plusieurs mois. Elle a pris un traitement pendant 2 ans, puis a décidé de l'arrêter en raison de ses effets

secondaires : prise de 25 kg en 2 ans. Après l'avoir hospitalisée, je l'ai perdue de vue pendant ces deux ans là. Elle n'a plus jamais eu de symptômes. Elle a 2 enfants et travaille comme aide-soignante. Elle va bien.

Camille a 42 ans. Elle a une psychose et un handicap mental léger associé à des malformations osseuses sévères. Elle vit en foyer et travaille dans un ESAT (établissement et service d'aide par le travail). Elle se fatigue vite et a de plus en plus de mal à travailler. Son éducateur me l'amène pour faire un bilan. On s'oriente vers une admission en MAS (maison d'accueil spécialisée). Dans ce cas, elle ne travaillera plus et je me pose la question du bienfait de cette orientation. Elle est suivie par un psychiatre à laquelle j'adresse un courrier pour avoir son avis.

Francis a été passé aux neuroleptiques injectables

Francis est un nouveau patient de 50 ans, il est schizophrène et en très mauvais état général. Il s'est défenestré il y a quelques années et a beaucoup de mal à marcher en raison des séquelles de ses fractures des membres inférieurs et de la colonne vertébrale. Il est suivi en CMP de secteur (centre medico-psychologique) tous les mois. Il a une mauvaise santé somatique et ne consulte pourtant que peu à mon cabinet. Il ne fait pas les bilans prescrits et prend mal son traitement neuroleptique. Du coup, le psychiatre du secteur qui le soigne est passé aux neuroleptiques injectables. Je vais contacter l'équipe du centre pour que le bilan soit fait.

Amélie souffre de maladie bipolaire. Je l'ai hospitalisée pour la première fois à 14 ans alors qu'elle faisait une dépression sévère. Le diagnostic de bipolarité a été posé plusieurs années plus tard après un énième épisode dépressif. Sa scolarité a été chaotique, alors que c'est une jeune fille brillante. Dix ans plus tard, elle va toujours plus ou moins mal malgré un traitement très lourd. Amélie vit avec l'allocation d'adulte handicapé. Elle a essayé à plusieurs reprises de reprendre des études, mais elle fatigue trop vite pour continuer.

Anne a 38 ans et deux enfants, elle consulte alors que son deuxième enfant qui a deux mois pleure en permanence. Elle pleure aussi beaucoup et ne se sent pas être une bonne mère. Elle me raconte avoir fait une dépression après la naissance de son premier enfant il y a 5 ans. À l'époque elle a pris des anxiolytiques, mais n'a pas consulté de « psy » comme elle dit : « Je ne suis pas folle vous savez ». Elle est incapable de reprendre le travail. Elle a perdu 7 kg depuis la naissance et ne mange presque plus rien. La sage-femme, qui est passée plusieurs fois chez elle, lui a demandé de consulter. Je la convaincs de consulter un psychiatre et prolonge son congé de maternité avec un congé maladie. Le psychiatre appelé la verra très vite.

Quand les maladies mentales s'invitent dans l'actualité

Les dernières actualités concernant le pilote de la compagnie allemande qui a crashé volontairement son avion entraînant tout le monde dans la mort, alors qu'il avait une maladie mentale (psychose ? dépression ?) et le professeur de sport qui a emmené ses élèves au ski sur une piste interdite les entraînant dans une avalanche, après avoir été soigné pour dépression ont entraîné des commentaires affligeants de la part des journalistes ou des commentateurs de tout poil.

J'imagine l'impact que cela a pu avoir sur les patients qui se soignent et qui font tout pour vivre le mieux possible avec leur maladie. Il existe un traitement des médias totalement discriminatoire par rapport à la maladie mentale, avec des jugements à l'emporte-pièce, en ne connaissant encore rien du dossier médical des

personnes incriminées. Pourtant la plupart des patients qui ont été malades un jour s'en sortent et vivent à nouveau le mieux possible, travaillent et élèvent leurs enfants.

Dès l'écart, c'est la sanction

À la moindre faute de leur part on leur ressortira la maladie mentale et le fait qu'il est irresponsable de les laisser travailler sans contrôle, voire travailler tout court ou élever leurs enfants. On entend régulièrement parler de leur potentielle dangerosité.

La dépression et la psychose (ou la schizophrénie qui est une forme de psychose) sont des maladies très différentes qui peuvent toutes être très graves, voire amener au suicide, mais beaucoup de patients se soignent et très rares sont ceux qui mettent en danger la vie d'autrui (ils mettent plutôt la leur en danger). Laisser planer ce doute en permanence pour tous les malades ou anciens malades est au moins maladroit voire carrément de l'ostracisme.

Et si on parlait enfin ouvertement au XXIe siècle de la maladie mentale sans y associer plus ou moins consciemment le terme de « fou dangereux » ?



Par [Alexia Eychenne](#), publié le 03/02/2016

http://www.lexpress.fr/emploi/gestion-carriere/plus-d-une-pensee-suicidaire-sur-quatre-est-liee-au-travail_1760156.html#ApxPob9hhCOD99aQ.01

Plus d'une pensée suicidaire sur quatre est liée au travail



L'Observatoire national du suicide publie un état des lieux approfondi du phénomène en France. Si peu de recherches existent sur le lien entre suicide, travail et chômage, ces derniers facteurs ne sont pas sans incidences sur la santé mentale.

La France fait partie des pays d'Europe où l'on se donne le plus la mort, même si le taux de suicide a tendance à reculer depuis une décennie. L'Observatoire national du suicide en fait encore le constat ce mercredi 3 février, dans son deuxième rapport publié [depuis sa création en 2013](#). En 2012, 9.715 personnes se sont suicidées en métropole, soit 10.686 cas, si l'on considère que les suicides sont sous-estimés d'environ 10%. 7.305 décès concernent des hommes.

Les facteurs de risque sont bien sûr multiples et complexes: [dépression](#), maladies, addictions, ruptures, solitude, violence... Parmi eux, [quel rôle joue le travail](#)? L'Observatoire rappelle que "les facteurs socio-économiques sont moins déterminants que les troubles psychiatriques". Toutefois, "les liens entre situation socioprofessionnelle,

conditions de travail et comportements suicidaires sont loin d'être clairs", et plusieurs éléments laissent déjà soupçonner des passerelles.

L'effet destructeur de la précarité

En 2014 par exemple, 27,3% - soit plus du quart - des 15-75 ans qui déclaraient avoir eu une pensée suicidaire l'associaient à une raison professionnelle, contre 81% à une cause personnelle et 1,9% à un problème de santé mentale. 12% de ceux qui avaient tenté de se suicider dans les 12 derniers mois évoquaient aussi un lien avec leur travail.

Le rapport n'analyse pas la responsabilité des conditions de travail, du [harcèlement](#), de la pression ou du [burn-out](#) par exemple. Mais il distille des éléments sur l'effet destructeur du chômage, et plus largement des difficultés financières et sociales. "La précarité économique peut contribuer à détériorer la santé mentale des individus", rappelle le texte. Un groupe de chercheurs de l'université de Zurich a récemment estimé que [le chômage était à l'origine de quelque 45.000 suicides](#) chaque année dans 63 pays. Un fléau encore négligé par la recherche comme par les politiques publiques, selon le psychiatre Michel Debout. Perdre son emploi est pourtant "un traumatisme au sens psychologique du terme (...) qui renvoie à une mort symbolique", [expliquait-il à L'Express l'an dernier](#).

Peu d'appels chez SOS Amitié

Sans mesurer la part des suicides liée à la précarité, le rapport de l'Observatoire constate que "le risque relatif de décès par suicide est plus élevé pour les personnes de catégorie socioprofessionnelle peu élevée, disposant d'un faible revenu ou d'un faible niveau d'éducation, et pour les chômeurs". "Pour les hommes, complète l'étude, une catégorie socioprofessionnelle peu élevée est plus particulièrement associée à un risque relatif élevé de suicide, tandis que pour les femmes, le risque relatif le plus élevé est d'abord observé chez les chômeuses."

Le travail, ou au contraire l'inactivité, représentent toutefois une minorité des causes de mal-être recensées par les associations de prévention du suicide, loin derrière des facteurs personnels. Chez SOS Amitié par exemple, la [souffrance au travail](#) est abordée dans moins de 5% des appels de personnes suicidaires, et le chômage dans à peine 3% des cas.



<http://iris-recherche.qc.ca/blogue/il-faut-rompre-avec-tina>

BILLET | 8 FÉVRIER 2016 | Par [Jennie-Laure Sully](#)

IL FAUT ROMPRE AVEC TINA

Contrairement à l'habitude, les questions de santé mentale ont été très médiatisées ces derniers jours. Ceci surtout en raison de grandes entreprises comme Bell et Morneau Shepell qui ont respectivement lancé des campagnes et projets de recherche leur permettant de se positionner comme des acteurs importants dans le

domaine. Cette tendance à la corporatisation de la santé mentale s'inscrit dans une vision néolibérale qui nie l'existence d'alternatives aptes à solutionner les problèmes humains en dehors de la logique de marché.

Le quart de la population canadienne étant aux prises avec des problèmes de santé mentale au travail [1], il n'est pas étonnant que des grandes entreprises tentent de réagir face à un tel enjeu. Ce qui surprend et mérite réflexion, c'est la persistance de la volonté de résoudre le problème avec les mêmes modes de pensées qui l'ont créé. Dans un avis publié en 2012, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) déplorait le fait que : « le contexte social et culturel néolibéral qui valorise la réussite et l'enrichissement individuels, la concurrence et l'efficacité, le conformisme idéologique... jouent un rôle central dans le traitement de la symptomatologie des troubles mentaux » [2].

Or, c'est précisément ce même contexte priorisant une productivité croissante et une gouvernance entrepreneuriale applicable à toutes les sphères de la vie en société qui est mis en cause dans les cas de détresse psychologique au travail [3]. Mettant l'accent sur une inaptitude individuelle qui serait purement médicale, la corporatisation de la santé mentale occulte la question des conditions de travail et procède à une psychologisation des rapports de force inéquitables en société.

Votre supérieur hiérarchique vous fait la vie dure? Il ne faut pas en chercher la cause dans les politiques de rationalisation adoptées par la haute direction qui l'incite à faire pression sur vous. Votre boss a une personnalité de type narcissique, voilà tout. Le matin lorsque vous arrivez au bureau après avoir déposé votre enfant à la garderie vous avez envie de vous enfermer dans les toilettes pour pleurer? Cela n'a rien à voir avec l'augmentation des frais de garde ou l'absence de programme de conciliation travail-famille dans votre entreprise. Vous avez simplement une fragilité émotionnelle et le programme d'aide aux employés est là pour vous appuyer dans vos efforts d'adaptation. Vous l'aurez compris, la corporatisation de la santé mentale se focalise sur ce qui ne va pas chez le travailleur, car elle part de la prémisse que rien ne cloche avec le travail.

Il s'agit d'un discours qui se veut empreint de sollicitude, mais qui est plutôt révélateur des soucis du patronat en ce qui concerne les pertes de revenus que peuvent engendrer l'absentéisme et le présentéisme (individus présents, mais non productifs) au travail. Tout en permettant aux grandes entreprises comme Bell et Morneau Shepell d'orienter le débat public et de redorer leur image corporative, une telle approche de la santé mentale des travailleuses et travailleurs peut être très lucrative pour l'industrie pharmaceutique ainsi que pour les médecins, consultants, experts ou promoteurs de services d'aide aux employés. Les stratégies déployées (mesure de l'incidence de la santé mentale sur les résultats financiers, campagnes médiatiques et autres) s'apparentent à des manières de capitaliser sur les problèmes de santé mentale ou d'en neutraliser les effets sur la marge de profit, pas nécessairement de les régler.

Excédés par l'instrumentalisation des risques psychosociaux, des psychologues français ont tiré la sonnette d'alarme : La souffrance au travail n'est pas d'ordre médical, mais est plutôt liée au management, aux organisations qui méprisent la qualité du travail et à la politique [4]. Certains médecins affirment qu'au lieu de consulter pour tenter d'obtenir un diagnostic d'inaptitude médicale, les personnes qui souffrent en raison d'injustice au travail devraient envisager la rupture du lien d'emploi [5]. Bien que rompre le lien d'emploi puisse être une solution individuelle, un débat de fond sur l'organisation et les conditions de travail s'impose. Le mal-

être des travailleuses et travailleurs et la corporatisation de la santé mentale font partie d'un phénomène social plus large qui consiste à voir comme une panacée la gouvernance entrepreneuriale et la privatisation des services publics. Ultiment, résister à la corporatisation de la santé mentale impliquerait fort certainement de rompre avec le conformisme idéologique décrié par le RRASMQ.

De façon plus globale, il s'agit d'en finir avec l'idéologie désignée par l'acronyme Tina, « There is no alternative ». Il n'y a pas d'alternative. C'est ce que disait Margaret Thatcher, en 1980, concernant les coupures dans les dépenses publiques et la politique monétaire britannique. Madame Thatcher avait alors déclaré qu'un gouvernement ne peut rien faire pour résister au marché [6]. De l'ère Thatcher à nos jours, Tina a été invoquée sur toutes les tribunes comme une vérité révélée. Le gouvernement Couillard qui a présenté aux Québécois.es sa rigueur budgétaire comme étant inévitable, suivait les traces de bien des prédécesseurs : « Il n'y a pas d'alternative au plan de rigueur » disait François Mitterrand en 1983; « L'austérité n'est pas un choix mais une nécessité » disait Richard Bastien, économiste au ministère des Finances à Ottawa en 2012 et « Il n'y a pas d'alternative à l'austérité » disait Christine Lagarde, directrice générale du Fonds monétaire international (FMI), en 2013.

Considérant qu'il se dit que la folie, c'est de refaire les mêmes choses et d'attendre des résultats différents, il y a lieu de se questionner sur ce que signifie la persistance des dirigeants politiques à appliquer les mêmes mesures austéritaires qui échouent chaque fois à relancer l'économie. Dans le domaine de la santé mentale, le refus de considérer les alternatives qui existent depuis longtemps, mais sont négligées [7] a mené à ce que la protectrice du citoyen désigne comme un sous-investissement inquiétant [8]. N'est-il pas temps de reconnaître qu'en plus de ne pas avoir les effets promis sur l'économie, la pensée unique qui s'est emparée des décideurs a de quoi déprimer les plus enjoués d'entre nous? Il faut rompre avec Tina. C'est une question de santé mentale.

Références

[1] Gouvernement du Québec, *Le travail et la santé mentale*. Récupéré de : <http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/le-travail-et-la-sante-mentale/>

[2] RRASMQ, *Des constats intéressants... Des recommandations décevantes!* Récupéré de : http://www.rrasmq.com/publications/Avis_Analyses/CSBE_Avis_Rapport-2012.pdf

[3] Guillaume Bourgault-Côté, 2 novembre 2007, *Le Devoir*, *Le nouveau mal du siècle*, Récupéré de : <http://www.ledevoir.com/societe/sante/162843/le-nouveau-mal-du-siecle>

[4] Margherita Nasi, 24 janvier 2016, *Le Monde.fr*, *Souffrance au travail, oubliez le psychologue!*, Récupéré de : http://mobile.lemonde.fr/entreprises/article/2016/01/24/souffrance-au-travail-oubliez-le-psychologue_4852707_1656994.html?

[5] *Ibid.*

[6] Margaret Thatcher Foundation, *Press Conference for American Correspondents in London*, Récupéré de : <http://www.margaretthatcher.org/document/104389>

[7] Jean Gagné, *Le virage ambulatoire en santé mentale : un détour qui évite l'alternative? Santé mentale au Québec*, vol. 21, n° 1, 1996, p. 15-25. Récupéré de : <http://www.erudit.org/revue/smq/1996/v21/n1/032371ar.pdf>

[8] Tommy Chouinard, 21 septembre 2015, *La Presse*, Récupéré de : <http://www.lapresse.ca/actualites/politique/politique-quebecoise/201509/18/01-4901616-compressions-budgetaires-a-quebec-les-plus-vulnerables-ecopent.php>



BEING A TEENAGER IS NOT A MENTAL ILLNESS

The rise in teenage mental-health problems is not all it seems.

In the field of mental health, a recurring problem is the difficulty in knowing the true extent of the prevalence of mental distress – terminology, definitions and statistics often confuse rather than illuminate the issue. This week it was the turn of the National Association of Head Teachers (NAHT) to contribute to this confusion.

[According to the NAHT](#), one fifth of primary-school children have a mental-health problem. The NAHT claims that this not only causes problems in the present, but will, if left untreated, put children at increased risk of developing psychiatric problems later in life. With two thirds of primary schools saying they cannot deal with their pupils' mental-health problems, the NAHT has called for more input from specialist mental-health services.

There does indeed appear to be a rise in childhood and adolescent mental distress. For example, over the past 10 years, [inpatient admissions](#) due to self-harm for people under 25 have increased from 22,555 in 2000-01 to 37,932 in 2010-11, an increase of 68 per cent. According to the 2007 [Adult Psychiatry Morbidity in England](#) report, the number of those reporting self-harm at some point in their lives increased from 2.4 per cent in 2000 to 3.8 per cent in 2007. Among women, this increase was concentrated in the youngest age group, with 6.5 per cent of women aged 16-24 reporting self-harm in 2000 compared with 11.7 per cent in 2007 (it then drops to under four per cent for the 25-35 age-group).

[According to Lucie Russell](#) of the mental-health charity Young Minds, 'these shocking statistics should act as a wake-up call to everyone who cares about the welfare of young people. More and more children and young people are using self-harm as a mechanism to cope with the pressures of life and this just isn't acceptable.' [For Catherine Roche](#), chief executive of the mental-health charity Place2Be, a key reason for this is that children 'faced all sorts of challenges, such as coping with parental separation, the illness or death of a loved one, and dealing with substance abuse and domestic violence'. In response, the government has pledged £1.4 billion to improve mental-health services.

Roche is certainly correct, but then again children have always faced such issues – it hardly works as an explanation. And while there are those who talk about the unique problems of the current age, such as 24/7 social media, every new generation has had to deal with marked changes in society and advances in technology since the dawn of modernity. Are today's children really facing more severe challenges than those growing up in postwar Britain?

Care needs to be taken in interpreting these figures. For example, a significant number of the admissions were likely due to alcohol or drugs, the misuse of which can be defined as self-harm. So the statistical rise in self-harm could partly be explained by a rise in alcohol consumption among the young. Yet, as I have [argued previously on spiked](#), most young people view getting drunk as a rite of passage or as teenage experimentation, rather than as an act of deliberate self-harm. Likewise, many of the hospital admissions are repeat admissions, and the increase in reporting may partly reflect a greater willingness to admit to self-harming behaviour.

Nevertheless, the figures do appear to indicate a rise in the mental distress experienced by young people. As someone with two teenage children, I am no stranger to the problems young people face today. I'm also aware that many children will require professional mental-health input at some point in their lives, and some of them are likely to find that such problems worsen as they reach adulthood. For them, appropriate intervention is important and will hopefully allow them to address and resolve their problems. However, if such people are to be given an adequate service we need to drop the hyperbole and develop a more considered approach to how we classify and intervene in the lives of young people.

The exaggeration of the extent of the problem, by the likes of the NAHT and some mental-health charities, is unhelpful. The claim that one in five primary-school children has a mental-health problem conflates everyday instances of unhappiness with more severe mental distress. It is also double the figure usually cited. A 2004 [report](#) by the Office of National Statistics, which remains the main reference point for campaigners today, claims that one in ten children had a diagnosable mental disorder. But even here the figures aren't all they seem. The most common 'mental disorder' cited in the report was 'conduct disorder', which includes such deeds and actions as being defiant, aggressive and/or exhibiting other forms of 'anti-social' behaviour. What the report terms the 'less common disorders', or what others would call the more serious ones, affected only 0.7 per cent of children.

Teenage years can be extremely painful. It is the time we try to forge an identity, come to terms with our changing relationship with our parents, make and lose friends, negotiate puberty and become aware of our sexuality. It is through dealing with these conflicts and dilemmas that we are able to make the transition to adulthood. In other words, adolescent angst is a normal aspect of growing up. Rather than recognising this, there is a trend towards encouraging more and more children and adolescents to view their problems through a psychiatric and/or psychological lens, whereby a wide array of emotions and behaviours are given a diagnostic label. How this helps the small minority who do require professional help is not at all clear, and is likely to be counterproductive as scarce resources are diverted from targeted intervention to a more scattergun approach.

This conflation and the problems that ensue from it can be very damaging. For instance, a recent [article](#) in *The Times* referenced the headline-grabbing figure, that one in five girls suffer 'emotional disorders', before going on to detail the tragic suicide of a teenage girl. There is simply no comparison between the distress that young girl was going through and the problems most young people encounter.

There are also some wider social factors to consider. In recent decades we have witnessed the erosion of adult authority; parents are increasingly informed by an array of politicians and self-appointed 'experts' that they lack the ability to raise their children properly. There has also been a concomitant decline in the authority of schoolteachers. With increased confusion over the best way to raise, educate and discipline children, perhaps

what we are witnessing is the projection of adult anxieties on to children. In other words, it may be that the real problem resides in the adult world and our inability to deal with the problems confronting us, whether that be as a parent, teacher, professional or politician. In this respect, the outsourcing of responsibility to the psychiatric professions makes perfect sense. The problem is that the more we outsource to professionals, the less time professionals have to help the children who do require their help.

Ken McLaughlin is a senior lecturer in social work at Manchester Metropolitan University, England. His most recent book, *Surviving Identity: Vulnerability and the Psychology of Recognition*, is published by Routledge. (Buy this book from [Amazon \(UK\)](#).)



Beyond Meds
everything matters

<http://beyondmeds.com/2015/10/25/recover-or-adjusting-to-illness/>

Recovering or adjusting to illness?

OCTOBER 25, 2015 BY [ADMIN](#)

****Editor's note: the event Lewis Mehl-Madrona mentions below has passed. The time for the dialogue he's encouraging is NOW.***



By Lewis Mehl-Madrona M.D. (psychiatrist)

[Lewis Mehl-Madrona](#) graduated from Stanford University School of Medicine and completed residencies in family medicine and in psychiatry at the University of Vermont. He is the author of [Coyote Medicine](#), [Coyote Healing](#), [Coyote Wisdom](#), and [Narrative Medicine](#).

Paris Williams (2012) has marvellously summarized the existing research on recovery from psychosis in his book, *Rethinking Madness: Towards a Paradigm Shift in Our Understanding and Treatment of Psychosis*. Many of us were not surprised when the research failed to support the currently dominant biomedical model of psychiatry. A 2015 panel at the American Psychiatric Association's annual meeting in Toronto confirmed that even more research is accumulating to question the benefits, if any, of the long-term use of anti-psychotic medication. Paris raises the question, why doesn't research change anything?



In my day-to-day practice of psychiatry in a hospital setting, I continue to see the same story being enacted, the story that Paris questions (through the use of data). That story is considered absolute truth — that psychosis comes from diseased brains, must be treated with drugs that block dopamine receptors (among others), and requires life-long treatment lest the person relapse.

A recent Huffington Post article strongly supported that point of view, pointing to one research study showing that the longer the duration of untreated (with medication) psychosis, the worse the outcome. Studies must be read with caution — even those that support our position. The Huffington Post author, a NAMI member (National Alliance for the Mentally Ill) and the mother of a child diagnosed with psychosis didn't notice that the "untreated" patients were actually being exposed in an oscillating manner to high-dose antipsychotic medications, which they would take and then stop. This is the dominant pattern in the United States, and certainly not the case in the developing countries covered by the World Health Organizations' studies of schizophrenia, in which people's exposures to medications were either brief or non-existent. Other studies continue to accumulate to support these conclusions.

So why do we keep doing what doesn't work? Recently my wife and I had a wonderful dinner with a long-time colleague of 30 years, Dr. John Dye, who is Chair of Mind-Body Medicine at the Naturopathic Medical School in Phoenix. He posed the same question to me. Why do we prescribe proton pump inhibitors for excess stomach acid when simple dietary changes usually suffice? The FDA has approved these drugs for short-term use (6 to 8 weeks), but people are kept on them for many years. They block the absorption of iron and other necessary minerals. Similarly, options exist for lowering cholesterol besides statins (drugs in the top 5 profit-makers in the world). We simply don't think of these alternatives. Statins can erode exercise tolerance and permanently damage muscles. When a friend was prescribed them, she stopped all exercise, which was probably worse for her than having somewhat elevated cholesterol. She simply didn't have the strength to continue to exercise. Do we take these options because they're simpler? I suspect we should peruse the sociological literature for answers to these questions.

Dr. Williams makes the point that antipsychotic drugs have been, since 2009, the most profitable drugs on the planet. Their sales exceed \$15 billion dollars per year in the United States. Not only that, but the marketing model is sublime — we force people to take them against their will. When that happens, we use the very expensive injectable versions. One month's supply of one of the newer antipsychotics (risperidone) had a co-pay (not the total cost) of \$800. That's a powerful incentive for someone.

However, we doctors don't see this money. I came onto the scene early enough to be given a nice doctor bag by Eli Lilly. I don't think they ever gave me anything else besides pens. I used to attend on occasion reasonably lavish dinners at desirable restaurants sponsored by pharmaceutical companies to hear about their new drugs. I particularly enjoyed the food, but doubt I was ever swayed to prescribe anything based upon dinner. However, these contacts, including drug dinners, as we called them, have long gone the way of the dodo bird. The incentive is not direct. It consists in status and respectability. Drug company sponsorship of research can build careers in psychiatry. Doing drug research builds respectability and confers status. I have learned the hard way

that psychotherapy research is tremendously less respectable than pharmaceutical research. Again, why is this so? Perhaps sociologists can tell us.

The trigger for this essay is the upcoming visit of Ron Coleman and Karen Taylor to Maine. They represent the *Recovery Movement in Mental Health*. As is often the case, Ron began as a patient, escaped the psychiatric system with the help of his friends, and started helping others to escape and recover in his native Scotland. Karen, a psychiatric nurse, joined him at some point, and together they have made a substantial impact upon people in such diverse places as the U.K., Italy, New Zealand, Australia, and the United States. The gist of their story is that people who get diagnosed as having psychosis can recover; they can get well. Of course, I agree with that. Throughout my life, I have worked with people who have had the psychosis label as they work to recover. Barbara Mainguy and I wrote a recent paper about over 50 of these people and how they fared (positively). The work is sometimes slow, sometimes exciting, requires patience and acceptance that people don't always make the choices we want them to make, but that perseverance will further, as the I Ching often says, and recovery will happen.

I believe wholeheartedly in what Ron and Karen are doing. We want to participate in starting a recovery house and community in Maine, but I can't see, in my wildest dreams, how this movement could ever enter mainstream psychiatry. For one, it's peer led. Mainstream psychiatry is required to be physician led. When I say required, I mean by the government — Medicare and Medicaid. Aye, there's the rub. When we bill the government for services, then the government gets to decide — rather, demands or requires what shape those services will take. The government believes that if hospitals and clinics are to be reimbursed the maximal amount, a physician needs to be in charge of mental illness treatment. A physician must see every patient coming to treatment and must participate in writing the treatment plan. A physician must periodically review the treatment plan. In a hospital setting, when physicians and nurses are involved in the care of patients with psychosis diagnoses, medication is invariably part of that treatment plan. Indeed, nurses have scolded me on occasion when I do not prescribe drugs at every encounter, and one for each diagnosis. Psychotherapy can play a minor role, but the expert physician is in charge, and drugs are the primary treatment. This story is rampant across North America — that experts who are highly educated in their field, licensed, and closely regulated, have the answers. If peers could do the work equally well, that would completely challenge that story; overthrow it, even.

However, the literature, as reviewed by Dr. Williams, points to peers being at least as effective as professionals, and probably more so, if only because they keep their fellow peers away from long-term psychiatric medications.

However, here's the rub. The patients I see in the hospital seem to be a different breed, for the most part, from the patients I see in my life outside the hospital. I haven't found a way to bridge that gap, though I wonder. Here's what I observe. People come to the hospital to be fixed, for the most part. Granted, in our society in Maine, there's virtually nowhere else to go, which is probably true for most of North America. We don't have non-medical environments where people can go to be surrounded by friends, family, and interested peers, where the crisis can abate, and where they can avoid being medicalized. What I observe is that mostly people are in crisis due to disturbances in their interpersonal relationships. Of course, the social determinants of health

are also active. People can enter crisis states due to facing life and feeling shame, suddenly becoming homeless, jobless, without family (death or divorce), hungry, lonely, or tired. Shelters in North America, by and large, do what they can, but the environments are not conducive to healing except in some unusual circumstances. This has been described for Canadian aboriginal women who were homeless — the shelter was a strongly negative experience, but connecting with other women at the shelter was a strongly positive experience.

Unfortunately, when we are in crisis or lack the basic necessities of life, the only place we have to go in most areas of North America is the hospital. Due to our “chronic brain disease” story, most of my colleagues assume that people are worse due to a medication deficiency, rather than a striking social event. A colleague at West Virginia University recognized this and avoided changing any medications for the first week of hospitalization. He found that people improved and were discharged without any medication alteration on his part, for the most part. They just needed a break from their lives.

However, in defense of my colleagues, I should add that most have never had the opportunity to see psychosis in any other light than the glaring, harshly acute illumination of the emergency room. The dominant story is one of people stopping their medication and then decompensating, though when I have interviewed many of these people, I have found that they decompensated before stopping their medication. This stoppage, however, breeds its own kind of psychotic delirium, for one can’t actually just stop these drugs without dire consequences. The withdrawal produces all the symptoms the drugs purport to treat. It’s easy to say that the symptoms one encounters are from a lack of medications, when they may actually be from the withdrawal from medications. Couple that with the self-medication that many of our emergency department clients are adding (amphetamines, bath salts, marijuana in unknown potencies and doses, hallucinogens, Ecstasy, benzodiazepines, opiates, to name a few) and the confusion escalates exponentially.

I’ve had the opportunity to spend time in peer-led facilities such as Diabasis in San Francisco. During my training, I received supervision from John Weir Perry, the medical supervisor there, and a well-known Jungian analyst and psychotherapist of psychosis. Diabasis was so much more calm than the emergency department in our hospital, and no one was on medications. However, the demand characteristics of the two environments are so different.

In the hospital, we have a situation in which people are not responsible for themselves or their actions (in the relative extreme) and we doctors are. We are responsible for preventing them from killing themselves, hurting anyone else, or generally engaging in bad behavior after discharge. We feel the tremendous anxiety that this brings and want to sedate the patients lest they do something harmful. For example, during my training, I learned that it took 28 days for an antipsychotic medication to actually work in its antipsychotic manner. Before that, it was mostly functioning as a high-level sedative. In those days, we kept people for several months and let the drugs take effect before we discharged them. We can’t do that anymore. Insurance dictates that people should be well within 7 days. Insurance dictates were also the death of the peer-led facilities like Diabasis.

Once upon a time, I believed that we could transform the mental illness system in North America. I’m no longer sure. I have begun to wonder if we are not doomed to parallel systems—the Underground Railroad, as it were with slavery on the other hand. Recovery does not take place in a biomedical system. The goal is maintenance. Can it be any other way? Can people transform in the biomedical story about them? Or do they have to find their peers and withdraw from the system of mental illness? And who will pay the peers? Must they labor for

love, forever? I certainly relate to that, for most of my work with people diagnosed with psychosis was uncompensated, for insurance would not pay. Psychotherapy and healing were outside the model.

Of the patients I see in the hospital, I estimate that it's less than 3% who leave the system and find alternatives like the recovery movement. Is that enough? How do we make it more? Given the economic nature of recovery (largely uncompensated) perhaps that's as many as can be handled. However, Ron and Karen, who are coming October 10th and 11th, to Coyote Institute in Orono, Maine, have ideas for how to make recovery economically viable. This is what I really want to hear, for I do not know how to accomplish this in the U.S. system, short of doing it as a funded research study (which rarely happens because the ideas lie so far outside the mainstream). Perhaps we need societies as in the 19th century in which we tithe time and money for the purpose of helping each other when need arises. Perhaps we should all become Quakers in the sense of the marvelous people who started lovely retreats for people who suffered emotionally throughout the 19th century, and who did so much good in helping people recover. This movement ended with the huge influx of World War I soldiers who were so traumatized that no mental health infrastructure pre-dating the War could handle them. Hence, the Quaker sanitariums were transformed to profitable warehouses for traumatized people, and the ideas that had worked disappeared.

We're looking forward to this dialogue with our colleagues from the U.K. Stay tuned to our website at <http://www.coyoteinstitute.us>, where we plan to start an internet conversation with Ron and Karen in the near future. Part of this dialogue concerns the question of whether conventional services in the U.S. can interface with a recovery model, or will it always be a question of parallel processes? Can the two models interact, or must they always remain separate? The conversations will be forthcoming".