



*Regroupement  
des ressources alternatives  
en santé mentale  
du Québec*

# ***Revue de presse critique***

## ***Automne 2012***



***Articles critiques sur différents sujets  
concernant la Santé mentale***

***Les articles ont été colligés par Robert Théoret.***

***7 décembre 2012***

Les revues de presse du RRASMQ sont disponibles  
sur le site Internet au [www.rrasma.com](http://www.rrasma.com)

# Contenu

La dépression, une «vraie» maladie? .....	3
«Pour se libérer de sa dépression, il faut l'accepter» .....	4
Santé : alerte au surdiagnostic !.....	6
Antipsychotiques, antidépresseurs et anticonvulsivants largement prescrits de façon non conforme au Québec .8	
Les antipsychotiques (neuroleptiques) largement prescrits hors autorisation de mise sur le marché (AMM).....9	
Antidépresseurs, antipsychotiques: trop de prescriptions hors indications (Seroquel en tête) .....	10
Faut-il brûler la psychanalyse ? .....	11
Autisme : Faut-il brûler la psychanalyse ? .....	14
La «bible» de la psychiatrie biaisée ? .....	15
DMS-5 : la définition des maladies mentales ne doit pas être laissée aux seuls psychiatres, estiment certains ...	17
Les diagnostics psychiatriques du DSM-5 définitivement adoptés: quels changements ?.....	18
De la psychologisation et de la médicalisation du social .....	19
Psychiatrie : du futur au passé par Mathieu Bellahsen.....	22
Plus de 85 médicaments dangereux avec le pamplemousse dont 43 potentiellement mortels .....	25
Voici la liste de 89 médicaments dangereux avec le pamplemousse .....	26
Accessibilité à la psychothérapie.....	27
Une accessibilité accrue aux soins psychologiques .....	27
Les psychologues en ont plein les bras .....	29
Santé publique : la prévention précoce en question .....	30
Psychiatrie : de la médecine des fous à celle de l'esprit .....	31

15 novembre 2012

## Libre opinion

# La dépression, une «vraie» maladie?

Jean-Philippe Vaillancourt - Ph. D., Psychologue — Expertise psychologique, chargé de cours, Université du Québec à Trois-Rivières

Le gouvernement du Québec a récemment acheté du temps publicitaire pour diffuser un message qui soutient que la dépression est une vraie maladie, tout comme le cancer. Peut-être cela aura-t-il échappé au lecteur, mais il y a un peu plus d'une décennie, c'était au diabète que l'on comparait la dépression pour que le public comprenne qu'il s'agit d'une vraie maladie. En 2012, pourquoi sentons-nous encore le besoin de produire et diffuser un tel message ? Officiellement, c'est surtout pour faire tomber les tabous. En effet, si une personne est « vraiment » malade, qu'elle souffre donc d'un mal dont personne n'est responsable, peut-être la société cessera-t-elle de juger et d'ostraciser celle-ci. De fait, encore aujourd'hui, la discrimination est tenace à l'endroit des gens qui souffrent « de la fronde et des flèches d'une fortune outrageante », comme le formulait si bien Shakespeare.

La discrimination est forte, en partie parce que des doutes subsistent dans notre société touchant la nature et la source mêmes de la dépression. Est-ce vraiment une maladie ? N'est-elle pas le résultat d'une tristesse profonde dont la personne n'arrive pas à se dégager, de là l'intransigeance à laquelle elle se heurte ? Ne serait-ce pas qu'un simple passage à vide ? Plusieurs questions demeurent, mais le discours psychiatrique continue de marteler avec une vivacité préoccupante qu'il s'agit bel et bien d'une maladie. Remarquez qu'il s'agit de la seule spécialité médicale qui doit se battre corps et âme pour légitimer les fondements de son objet d'étude, les maladies mentales. Constatant cette incertitude, il n'apparaît donc pas surprenant que nous retrouvions dans la collectivité des groupes de « croyants » et de « non-croyants ».

Pour qu'une maladie soit considérée comme telle, elle doit satisfaire aux critères scientifiques établis, à savoir un dérèglement dans une structure ou une fonction des cellules, des tissus ou des organes. Critères auxquels le cancer et le diabète satisfont incontestablement. Comme le reconnaît la plus haute instance psychiatrique, l'Association américaine de psychiatrie, les « maladies » mentales ne peuvent être ni détectées ni diagnostiquées par l'examen des cellules, des tissus ou des organes. De fait, leur diagnostic s'établit à partir de critères dont l'évaluation est hautement subjective, en plus de se faire sur la base d'un simple entretien.

S'appuyant sur la définition du terme « maladie », l'on soutient que la dépression est principalement causée par un déséquilibre de la chimie du cerveau (notamment d'un neurotransmetteur, la sérotonine). Cette théorie fait d'ailleurs la pluie et le beau temps en psychiatrie depuis la venue du premier neuroleptique, dans les années 1950. Malgré le fait que l'on continue à propager cette théorie et à la présenter comme un fait, aucun élément de preuve scientifique ne permet actuellement de la soutenir. D'ailleurs, plusieurs sont sortis du placard pour affirmer qu'il ne s'agit que d'une métaphore et que jamais cette théorie n'aura été sérieusement retenue. C'est précisément ce que déclarait, le 12 novembre 2005, Wayne Goodman, un haut dirigeant de l'US Food and Drug

Administration, le pendant américain de Santé Canada. Le Dr Ronald Pies, éditeur en chef du magazine *Psychiatric Times*, dira également qu'« en vérité, la notion de déséquilibre de la chimie du cerveau aura toujours été une légende urbaine, jamais une histoire prise au sérieux par les psychiatres bien informés » (11 juillet 2011).

Et pourtant, l'establishment psychiatrique rappelle à chaque occasion que les maladies mentales, comme la dépression, sont de vraies maladies puisqu'elles trouvent leur ancrage dans un cerveau défectueux. Alors, pourquoi ne pas les nommer maladies cérébrales, plutôt que mentales ? Peut-être la réponse se trouve-t-elle dans une crainte viscérale de voir la psychiatrie absorbée par la neurologie (spécialité médicale qui étudie l'ensemble des maladies du système nerveux, en particulier du cerveau) ?

Dans un même ordre d'idées, s'il s'agissait d'un fait scientifique vérifiable, comme on le prétend, nous disposerions de moyens objectifs pour détecter les irrégularités des neurotransmetteurs que l'on croit impliqués dans la dépression. Ce n'est malheureusement pas le cas. En revanche, il n'est pas exclu qu'un jour il sera possible de le faire. Cela permettrait de soulager bien des maux et surtout de faire taire les questionnements et d'ainsi investir temps et argent aux soins, plutôt qu'à la chasse aux tabous.

Le psychiatre et professeur émérite Thomas Szasz écrivait que les « maladies » mentales ne peuvent être nommées ainsi que par analogie. L'âme, l'esprit ou le mental peut être malade au même titre qu'une économie, per analogiam. En attendant que la science permette d'élucider le mystère, la dépression ne peut être considérée comme une maladie que par analogie. Entre-temps, il serait bien plus profitable de concerter nos efforts de manière à créer une société où l'on accepte que les aléas de notre existence nous font affronter de multiples atrocités objectives et subjectives et que celles-ci se répercutent sur notre capacité d'adaptation en s'exprimant selon des modes qui reflètent notre individualité.

---

**LE FIGARO.FR - SANTÉ**

[HTTP://SANTE.LEFIGARO.FR/](http://sante.lefigaro.fr/)

<http://sante.lefigaro.fr/actualite/2012/02/05/17297-pour-se-liberer-sa-depression-il-faut-laccepter>

## «Pour se libérer de sa dépression, il faut l'accepter»

**INTERVIEW - Le Dr Yasmine Liénard, médecin psychiatre, praticienne attachée de consultation au sein de l'hôpital Cochin, est l'auteur de Pour une sagesse moderne (Éditions Odile Jacob).**

**LE FIGARO.** - En tant que psychiatre ayant une expérience du milieu hospitalier, comment votre regard sur la dépression a-t-il évolué ?

**Dr Yasmine LIÉNARD.**- Comme tous mes confrères, j'ai d'abord appris à reconnaître cette maladie suivant les critères précis du DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) et de la CIM-10 (classification internationale des maladies). Sa cause principale nous est présentée essentiellement comme biologique, avec cette baisse de la sérotonine qui justifie la prescription d'antidépresseurs. L'efficacité - réelle - des antidépresseurs induit que le tout-biologique l'emporte... Cependant, la clinique et la psychopathologie m'ont peu à peu amenée à considérer différemment la dépression. J'ai constaté par exemple qu'elle était souvent associée à un autre trouble: addiction, anorexie... Après quelques années de pratique, cette

comorbidité et surtout son rapport avec les émotions deviennent peu à peu évidents. Puis, j'ai intégré un service de maladies mentales où l'on pratiquait les TCC (thérapies comportementales et cognitives) et, là, j'ai approfondi un autre aspect de la maladie dépressive.

**LE FIGARO.** - Lequel ?

**Dr Yasmine LIÉNARD.** - Ce qui rend dépressive une personne, c'est sa manière de penser, les ruminations qui l'habitent de manière obsessionnelle. Avec les TCC, nous apprenons à décrypter ces «distorsions cognitives»: généralisation excessive (d'un événement isolé, la personne dépressive fait une loi générale du type «j'ai raté le bus ce matin, il n'y a qu'à moi que ça arrive...») ; pensées en «tout ou rien» (soit «mon patron m'adore» soit il me déteste») ; rejet du positif (dans une situation, la personne ne retient que ce qui était négatif)... Tous ces mécanismes cognitifs, lorsqu'ils deviennent systématiques et s'installent sur la durée, font que peu à peu on interprète mal le monde.

**LE FIGARO.** - Mais ces mécanismes naissent bien d'un événement ?

**Dr Yasmine LIÉNARD.** - Toutes les dépressives ne mènent pas à la dépression. Il y a des facteurs qui prédisposent à la maladie. La personne a par exemple eu, enfant, des parents dépressifs qui ont induit ce mode de pensée négatif. La dépression est en ce sens une maladie contagieuse. Les dépressifs sont aussi des personnalités hypersensibles aux autres, souvent à l'écoute et qui absorbent la souffrance d'autrui. Jamais vous ne verrez un pervers déprimé! Mais je crois surtout que la dépression est une maladie sociétale.

**LE FIGARO.** - Qu'entendez-vous par là ?

**Dr Yasmine LIÉNARD.** - C'est le trouble de l'hypercontrôle, de la volonté de perfection propre à notre société narcissique. Certaines cultures, plus grégaires, moins individualistes, ignorent totalement la dépression. Je crois que cette maladie naît du chaos existentiel dans lequel plonge le monde occidental, du manque de lien au sacré. C'est aussi un excès de pensée abstraite qui nous empêche d'être reliés au réel.

**LE FIGARO.** - Comment s'en sortir ?

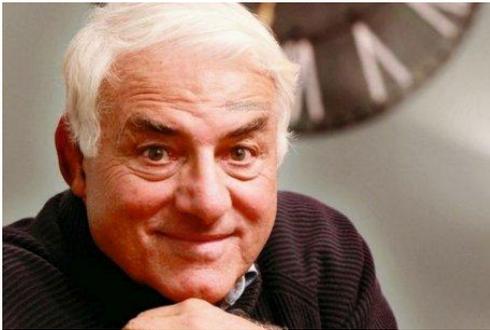
**Dr Yasmine LIÉNARD.** - Pour s'en libérer, il faut déjà, de manière encadrée, accepter la dépression, avec son lot de pensées automatiques et obsessionnelles. J'encourage mes patients à pratiquer la méditation justement pour cesser de refuser leurs sentiments négatifs et leur fragilité. Puis cette même méditation les remet en contact avec l'instant présent, le sacré qu'ils rejettent souvent car mystérieux, la nature, toutes choses qui les dépassent et peuvent ainsi les ressourcer.



# Santé : alerte au surdiagnostic !

Publié le 02/12/2012

Propos recueillis par Isabelle Castéra



**Allen Frances**, psychiatre américain parmi les plus influents dans le monde, part en croisade contre la surmédication touchant les pays industrialisés.

Le psychiatre américain Allen Frances provoque la polémique aux États-Unis. (Photo Stéphane Lartigue)

Il ne parle pas un traître mot de français, mais tâche de se faire comprendre partout où il cause. Comme une urgence. Allen Frances était à Bordeaux la semaine passée, à l'invitation d'un ami, Michel Minard, psychiatre bordelais qui codirige un groupe de recherche sur la constitution des catégories en santé mentale (1).

Allen Frances est le psychiatre américain qualifié par le « New York Times » de « plus puissant de son époque ». Pourquoi ? Il a dirigé le DSM IV, un ouvrage vendu à plus de 1 million d'exemplaires dans le monde, considéré comme une bible de la classification des maladies mentales.

**Sud-Ouest Dimanche.** - Vous faites un état des lieux plutôt affolant de la prise en charge des maladies mentales dans le monde. Quel est-il ?

**Allen Frances.** - Trop de gens prennent trop de médicaments (anxiolytiques, psychotropes, antidépresseurs, etc.). Aux États-Unis, cela vient du fait que les médecins sont contraints de poser un diagnostic pour être payés. Donc ils posent beaucoup trop de diagnostics et associent cela à une prescription de médicaments excessive. De plus, les laboratoires pharmaceutiques ont le droit de faire de la publicité directe et ils arrivent à convaincre les gens que leurs troubles affectifs ou psychiques sont des maladies et donc que ces pathologies se soignent avec des médicaments. En France, les médecins prescrivent des médicaments sans forcément faire de diagnostic, ce qui n'est pas nécessaire. Mais les gens en consomment trop aussi.

**Sud-Ouest Dimanche.** - Quelle serait la bonne mesure ?

**Allen Frances.** - Dans 50 % des cas de mal-être, les symptômes régressent avec un peu de temps et des conseils. Si ces derniers n'ont pas suffi, alors on peut entamer une psychothérapie. Et si, là, on échoue, alors seulement la médication s'impose.

**Sud-Ouest Dimanche.** - Vous avez dirigé le DSM IV (2). Cet ouvrage est une référence dans tous les pays industrialisés sur le classement des maladies mentales. Aujourd'hui, vous dites qu'il y a un risque de surdiagnostic. Quel a été le rôle du DSM ?

**Allen Frances.** - Le DSM définit la frontière entre le normal et le pathologique dans le domaine de la psychiatrie. Au fil des ans et des DSM, cette frontière est devenue de plus en plus ténue. Lorsque nous avons rédigé le DSM IV, en 1994, nous avons déjà pensé à ce danger, mais nous avons choisi d'augmenter les critères de diagnostic, de crainte de passer à côté de certaines pathologies. Par exemple, deux semaines de dépression ont été qualifiées de désordre mental et sont apparues comme une pathologie. Tout comme la phobie sociale, fondée parfois sur un excès de timidité...

Du coup, un petit changement de comportement dans la vie est devenu, pour l'industrie pharmaceutique, une maladie à soigner par des médicaments. Le DSM IV a péché par excès de prudence...

**Sud-Ouest Dimanche.** - Quelles sont les pathologies dont on sait aujourd'hui qu'elles sont surdiagnostiquées, partout dans le monde ?

**Allen Frances.** - Le déficit de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant, les troubles bipolaires chez l'enfant et l'adulte, l'autisme, les TOC, la dépression mineure, les troubles mixtes de l'anxiété et de la dépression, la phobie sociale. En gros, on a diagnostiqué ainsi des personnes qui n'étaient pas malades, dont certaines avalent des médicaments à vie. Au-delà de l'aspect toxique en matière de santé publique, on ne peut négliger le côté économique de ce problème. L'argent dépensé par ceux qui n'ont pas besoin de médicaments et qui en consomment manque pour ceux qui sont réellement malades.

**Sud-Ouest Dimanche.** - L'effet pervers de ce surdiagnostic serait donc que les véritables malades ne seraient pas pris en charge correctement ?

**Allen Frances.** - Absolument. La plupart des gens qui sont soignés alors qu'ils n'en auraient pas besoin pensent qu'ils vont mieux grâce aux médicaments. Ils deviennent dépendants. Alors qu'en fait c'est le temps, les conseils qui ont fait leur travail. Mais les malades, les vrais, ont, eux, besoin de médicaments, il en va de leur vie. Or, ceux-là n'y ont pas forcément accès.

Aux États-Unis, la crise a eu pour conséquence une réduction du budget public de la santé, il faut des assurances privées pour se soigner. Être intégré socialement. Ce n'est pas forcément le cas des grands malades.

**Sud-Ouest Dimanche.** - La version V du DSM va bientôt être publiée aux États-Unis. Les experts qui le rédigent ont-ils pris la mesure de ce désastre de santé publique ?

**Allen Frances.** - Je ne le crois pas. Les experts qui ont travaillé sur le DSM V n'ont pas pris la mesure de l'impact des classifications dans le quotidien des gens. Ils travaillent chacun dans leur domaine d'expertise, et leur tendance est plutôt à l'expansion de leur domaine de compétence. Tous les états d'âme deviennent pathologiques : ils sont en train de classer le deuil en dépression majeure, la colère pourrait devenir un trouble psychiatrique. Tout comme la gourmandise, ou les troubles de la mémoire des personnes âgées... L'extension des diagnostics est un risque pour la société.

**Sud-Ouest Dimanche.** - Comment réagir ?

**Allen Frances.** - Une pétition circule, je demande que le projet du DSM V, qui doit être bouclé dans quinze jours, subisse une étude scientifique indépendante, pour donner un contrepoint. Mais l'enjeu est énorme, économique. Le DSM est un best-seller, 200 000 exemplaires vendus chaque année, porté par l'Association américaine de psychiatrie, qui a la main...

*(1) Allen Frances a tenu une journée de travail, avec le groupe de recherche bordelais, sur la construction des catégories en santé mentale, qui rassemble des universitaires (psychiatres, neuroscientifiques, philosophes, économistes, sociologues...). Ce groupe est financé par la Région Aquitaine et porté par François Gonon, neurobiologiste CNRS à Bordeaux, et Yannick Lung, président de l'université, Montesquieu. (2) Diagnostics et statistiques des désordres mentaux, version IV.*

---

**Psychomédia**  
En ligne depuis 15 ans

<http://www.psychomedia.qc.ca/>

**Le 18 avril 2012**

## **Antipsychotiques, antidépresseurs et anticonvulsivants largement prescrits de façon non conforme au Québec**



La prescription non conforme de médicaments, c'est-à-dire la prescription pour des indications non approuvées par Santé Canada par les "médecins de premier recours" est répandue au Québec, selon une étude publiée dans la revue Archives of Internal Medicine. Cette pratique pourrait augmenter le risque d'effets secondaires indésirables évitables, estiment les auteurs.

"Le meilleur exemple de problèmes pouvant résulter de la prescription non conforme de médicaments est peut-être celui du fen-phen - une association non approuvée de fenfluramine et de phentermine utilisée dans les années 1990 pour le traitement de l'obésité - qui endommageait les valvules cardiaques", explique le Pr Tewodros Eguale de l'Université McGill. "Un autre exemple d'utilisation non conforme porte sur la tiagabine (Gabitril), un médicament contre l'épilepsie. Administrée pour traiter d'autres affections, comme la douleur, elle provoque des convulsions."

Le Pr Eguale et ses collègues ont réalisé cette étude à partir du Cabinet médical du 21e siècle, un réseau québécois de données médicales électroniques.

Chez 113 médecins de premier recours de Montréal et de Québec qui ont rédigé 253 347 ordonnances électroniques pour 50 823 personnes, 11 % des médicaments étaient prescrits pour une indication non approuvée; dans 79 % des cas, cette indication n'était pas solidement étayée par des données scientifiques probantes.

Les prescriptions pour des indications non conformes concernaient surtout les médicaments destinés au traitement d'affections touchant le système nerveux central (26,3 %) et les anti-infectieux (17,1 %).

66 % des anticonvulsivants (antiépileptiques, thymorégulateurs), 44 % des antipsychotiques (neuroleptiques) et 33 % des antidépresseurs étaient prescrits pour des indications non approuvées par les organismes de réglementation.

Les médicaments comptant 3 ou 4 indications approuvées étaient moins souvent prescrits de façon non conforme que ceux qui n'en comptaient qu'une ou 2, ce qui était aussi le cas de ceux homologués après 1995 comparativement à avant 1981. Enfin, les médecins qui accordaient une grande importance à la médecine factuelle (aussi appelée médecine basée sur les preuves) étaient moins susceptibles de prescrire des médicaments pour des indications non conformes.

"Les dossiers de santé informatisés peuvent se révéler utiles pour recueillir des données sur les indications du traitement au moment où le médicament est prescrit" et ainsi rehausser la pharmacovigilance, note le chercheur.

---

**Le 7 janvier 2011**

## **Les antipsychotiques (neuroleptiques) largement prescrits hors autorisation de mise sur le marché (AMM)**

Les médicaments antipsychotiques (ou neuroleptiques) sont de plus en plus prescrits hors autorisation de mise sur le marché (AMM) (off-label aux États-Unis), c'est-à-dire pour des indications autres que celles pour lesquelles ils ont été autorisés, selon une étude publiée dans la revue *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*.

Ces médicaments sont principalement indiqués pour le traitement de la schizophrénie et, pour certains, des troubles bipolaires.

Selon les chercheurs des universités Stanford en Californie et de Chicago, cette utilisation généralisée n'est pas supportée par des preuves d'efficacité. Et les études montrent des effets secondaires graves incluant la prise de poids qui peut conduire au diabète et aux maladies cardiaques.

Randall Stafford et ses collègues ont analysé les données d'une étude réalisée par IMS Health portant sur les prescriptions de 1800 médecins.

Entre 1995 et 2008, les prescriptions d'antipsychotiques ont presque triplé, passant de 6,2 millions à 16,7 millions et les prescriptions hors AMM sont passés de 4,4 millions à 9 millions soit près de la moitié des prescriptions rédigées.

Approuvé pour le traitement de la schizophrénie, puis, pour certains d'entre eux, pour certains aspects du trouble bipolaire et de la dépression, ils sont utilisés de façon qui dépasse ces autorisations pour la dépression, l'anxiété, d'autres psychoses que la schizophrénie, l'autisme, la démence, les troubles du comportement et les troubles de la personnalité.

Parmi ces médicaments se trouvent la quetiapine (Seroquel), l'aripoprazole (Abilify), l'olanzapine (Zyprexa) et la rispéridone (Risperdal). Chacun de ces médicaments ont des ventes annuelles dépassant le milliard de dollars aux États-Unis. Ils font aussi l'objet de milliers de poursuites, mentionne le site PsychCentral.

---

**Le 25 novembre 2008**

## **Antidépresseurs, antipsychotiques: trop de prescriptions hors indications (Seroquel en tête)**

Le trouble bipolaire, la dépression et l'anxiété sont souvent traités avec des médicaments prescrits hors autorisation de mise sur le marché (AMM, "off-label" en anglais), c'est-à-dire non approuvée pour ces affections. Des spécialistes argumentent que les patients devraient en être informés.

Il est courant que les médecins prescrivent des médicaments pour des affections pour lesquelles ils ne sont pas spécifiquement autorisés, mais dans plusieurs cas il n'y a pas assez de données pour justifier cette pratique, conclut un rapport américain.

Les chercheurs des universités Harvard et de l'Illinois à Chicago ont identifié 14 médicaments, très couramment prescrits hors AMM, pour lesquels des recherches additionnelles seraient urgentes.

Parmi ceux-ci figurent six antidépresseurs et trois neuroleptiques (antipsychotiques).

Le médicament antipsychotique Seroquel (quetiapine) est en tête de liste. Ce médicament a été approuvé pour le traitement de la schizophrénie et de la manie associée au trouble bipolaire (maniaco-dépression) au moment de cette analyse, mais les chercheurs ont constaté que les 3/4 des prescriptions sont pour d'autres affections. En mai dernier, la FDA a approuvé ce médicament comme traitement de maintenance pour les personnes souffrant de trouble bipolaire prenant du lithium ou du divalproex.

Le coût de ce médicament (en moyenne \$200 américains par prescription) et le risque plus élevé de décès chez les personnes souffrant de démence qu'il entraîne ont contribué à en faire le numéro 1 de la liste de médicaments requérant des recherches additionnelles.

Le Séroquel est souvent prescrit hors AMM pour le traitement de la dépression et de l'anxiété, et selon le chercheur Randall S. Stafford, du Stanford Prevention Research Center, il est souvent prescrit comme thérapie de maintenance pour le trouble bipolaire chez des personnes qui ne prennent pas de lithium ou de divalproex.

Deux autres antipsychotiques, le Risperdal (rispéridone) et le Zyprexa (olanzapine), font aussi partie de cette liste. Les deux sont approuvés pour le traitement de la schizophrénie mais sont souvent prescrits off-label pour le traitement de la dépression.

Les six antidépresseurs identifiés dans le rapport sont:

- Le Lexapro, (escitalopram, autres noms: Seroplex, Cipralex)
- Le Zoloft (sertraline)

- L'Effexor (venlafaxine)
- Le Cymbalta (duloxétine)
- Le Wellbutrin (bupropion)
- Le Desyrel (trazodone)

Pour ces médicaments également, le traitement du trouble bipolaire était l'utilisation non approuvée la plus fréquente.

"Nous n'essayons pas de dire que ces utilisations sont nécessairement mauvaises", dit Surrey M. Walton de l'Université de l'Illinois. "Mais simplement qu'il n'y a pas suffisamment de données établies".

"Il y a des situations où une prescription hors AMM peut faire du sens, surtout quand il n'y a pas d'autres options de traitement", dit Stafford. "Mais nous parlons de millions de prescriptions par année, dit-il, et l'envergure et la rigueur des études qui ont été faites peuvent ne pas justifier cela."

Dans un article paru ce mois-ci dans la revue PLoS Medicine, des chercheurs de l'University of California Davis, Michael Wilkes et Margaret Johns, soutiennent que les médecins devraient être tenus d'informer les patients sur les risques des traitements médicaux quand leur usage n'a pas été approuvé par les autorités (principes du consentement éclairé et de la décision partagée).

Psychomédia avec source: WebMD, Eureka!ert

---

# Le nouvel Observateur

## Faut-il brûler la psychanalyse ?

Créé le 18-04-2012 à 12h58 - Mis à jour le 19-04-2012 à 17h27

**Jacqueline de Linares / Propos recueillis par Eric Aeschmann**

Autisme, dépression, troubles bipolaires... les réponses de la psychanalyse sont remises en cause. Elisabeth Roudinesco et Alain Badiou lancent un cri d'alarme.



### Appel aux psychanalystes d'Elisabeth Roudinesco et Alain Badiou

La psychanalyste et le philosophe, coauteurs de "Jacques Lacan, passé présent" (Seuil), sonnent l'alarme : la psychanalyse s'est coupée de la société. Mais, plus que jamais, il faut défendre sa dimension libératrice.

**ÉLISABETH ROUDINESCO**, 67 ans, est historienne de la psychanalyse. Elle a notamment écrit une *Histoire de la psychanalyse en France* en deux volumes

ainsi qu'une biographie de Jacques Lacan (1993). Elle défend régulièrement la psychanalyse contre ses détracteurs, mais a également critiqué le dogmatisme des psys, notamment au moment du pacs.

**ALAIN BADIOU**, 75 ans, est philosophe et écrivain. Figure de proue de la nouvelle pensée radicale, il est l'auteur de l'essai à succès *De quoi Sarkozy est-il le nom ?* (2007). Dans les années 1960, il appartenait au groupe qui, autour de Louis Althusser, rapprocha marxisme et psychanalyse. Aujourd'hui, Lacan reste l'une de ses grandes sources d'inspiration.

**A la fin de l'un ouvrage que vous avez écrit ensemble, vous lancez un appel pour sauver la psychanalyse. Que se passe-t-il de si grave ?**



**Alain Badiou.** La psychanalyse est, avec le darwinisme et le marxisme, l'une des révolutions majeures de notre temps. Dans les trois cas, il ne s'agit ni de sciences exactes, ni de croyances philosophiques ou religieuses, mais de "pensées" : matérialistes, liées à des pratiques, elles ont changé notre vision du monde et subissent le même type de critiques. Les attaques contre la psychanalyse doivent être donc comprises dans le cadre d'une crise globale de l'intellectualité. Une crise qui, si l'on veut la résumer, se caractérise par la tentative de remplacer le "sujet" par l'individu. Qu'est-ce que le "sujet" ? C'est l'être humain compris comme un réseau de capacités qui lui permettent de penser, créer, partager, agir collectivement, aller au-delà de ses singularités, ce qui est la condition de la liberté. Bien sûr, le sujet est porté par l'individu et ses singularités – un corps, une identité, une position sociale, des pulsions – mais ne s'y réduit pas. Etre sujet, c'est circuler entre la singularité et l'universalité, et c'est sur cet écart que la psychanalyse fonde son action : elle aide l'individu à devenir pleinement un sujet. En cela, c'est une discipline émancipatrice avant d'être thérapeutique.

**Cette dimension est-elle vraiment menacée ?**

**A. Badiou.** Aujourd'hui, on nous dit qu'être un individu suffit largement. C'est le discours du libéralisme soi-disant démocratique et libéral, mais qui produit des individus malléables, soumis, enfermés, incapables d'actions communes : des individus privés de la capacité d'être sujet. Car le capitalisme n'a que faire des sujets : seul l'intéresse l'appétit animal des individus. Mais c'est aussi le discours de la neurologie, qui veut réduire l'individu à sa dimension neuronale. Se moquant des savants qui, au XIXe siècle, croyaient pouvoir déduire les caractères d'un individu de la forme du crâne, Hegel disait que, pour eux, "l'esprit est un os". Aujourd'hui, la neurologie dit : "L'homme est un gros sac de neurones." Ce n'est pas mieux ! Nous avons affaire à un nouveau scientisme, asservi cette fois au déploiement du capital. Dans le champ du psychisme, seule la psychanalyse, je crois, est en mesure de nous en préserver. Mais – c'est là le deuxième volet de notre appel – je n'ai pas le sentiment que les psychanalystes, pris dans leurs querelles intestines, fassent ce qu'il faut pour se défendre. Ils doivent trouver le moyen de satisfaire la nouvelle demande qui leur est adressée sans céder à ce néo-positivisme. Ils sont immobiles, à eux de faire un pas en avant.

**Elisabeth Roudinesco, vous qui défendez la psychanalyse depuis longtemps, comment en est-on arrivé là ?**



**Elisabeth Roudinesco.** D'abord, la psychanalyse, comme formation de psychopathologie, est enseignée dans les départements de psychologie, laquelle n'est pas prête à prendre en charge l'inconscient et n'a pas la culture liée à sa compréhension. Dominée par les sciences médicales, la psychologie obéit à des évaluations qui n'ont rien à voir avec les sciences humaines. Autrefois, pour devenir psychanalyste, il fallait une formation clinique et une solide culture philosophique, historique et littéraire. En inscrivant la psychanalyse dans une logique de professionnalisation, on a détruit sa transmission comme pensée. Par ailleurs, il y a trente ans, l'essentiel des psychanalystes étaient psychiatres, et donc cliniciens de l'âme ; aujourd'hui, ils sont psychologues. La psychiatrie s'est ralliée aux thérapies cognitivistes et comportementalistes (TCC) qui renvoient à une conception de l'homme réduit à ses neurones. Bien sûr, les pathologies peuvent avoir une dimension organique. Mais, même là, le médicament ne suffit pas : il faut aussi prendre en compte la part subjective du patient.

**Quelle est la part de responsabilité des psychanalystes eux-mêmes ?**

**E. Roudinesco.** Ils ne produisent plus d'œuvre théorique. Leurs sociétés fonctionnent comme des corporations professionnelles. Condamner l'homoparentalité, la procréation assistée ou la toute-puissance des mères contre

la fonction paternelle, c'est grave : les psychanalystes n'ont pas à s'instaurer en gendarmes de la bonne conduite au nom du complexe d'Œdipe. Ils font des diagnostics en direct dans les médias et ont abandonné la question politique : majoritairement, ils sont des esthètes sceptiques désengagés de la société. Surtout, ils prétendent soigner les souffrances sur un modèle ancien. Or, les pathologies ont changé. La psychanalyse est née de la névrose et de l'hystérie, deux symptômes propres aux sociétés marquées par la frustration sexuelle. Aujourd'hui, ce qui fait souffrir, c'est la relation à soi : on le voit avec l'importance accordée au narcissisme et aux perversions. Au temps de Freud, les patients étaient de grands bourgeois, qui avaient le temps et l'argent, ce que n'a pas le nouveau public, moins élitiste.

### **Comment s'adapter, alors ?**

**E. Roudinesco.** Le "pas en avant" dont parle Alain Badiou serait de se mettre à l'écoute de cette nouvelle demande. Je crois possible, dans le cadre de la psychanalyse, de mener des thérapies courtes avec des séances longues, comme le faisait Freud, et où l'on parle aux gens avec empathie. L'analyse classique serait réservée à ceux qui le veulent. Tout le monde n'a pas envie d'explorer le tréfonds de son inconscient. Nous ne sommes plus en 1900, la psychanalyse est passée dans la culture et les gens savent qu'ils ont un inconscient. Leur demande n'est plus de le découvrir, mais souvent de résoudre une situation concrète. La nouvelle génération de praticiens devra le faire, faute de quoi elle n'aura plus de patients. C'est à elle que nous nous adressons.

### **N'est-ce pas ce que disent les parents d'enfants autistes ?**

**E. Roudinesco.** Le désamour ne vient pas de nulle part. Pour autant, toutes les critiques ne sont pas recevables. Par exemple, on assiste à un phénomène nouveau : les malades veulent décider de leurs traitements et considèrent notamment que leurs bouffées délirantes font partie de leur identité. Ils ne voient pas pourquoi ils seraient abrutis par des médicaments sous prétexte qu'ils entendent des voix. Ce en quoi il faut les écouter. Mais on va vers une transformation du patient en maître de son destin, et ce n'est pas souhaitable. Là encore, les psychanalystes ont leur part de responsabilité, parce qu'en s'enfermant dans des chapelles ils perdent leur autorité. Au fond, ce qui a été perdu dans les sociétés de psychanalystes, c'est la position de maître au profit de celle des petits chefs.

### **Qu'entendez-vous par maître ?**

**E. Roudinesco.** La position du maître permet le transfert : le psychanalyste est « supposé savoir » ce que l'analysant va découvrir. Sans cela, la recherche de l'origine de la souffrance est quasi impossible.

### **Faut-il vraiment passer par la restauration du maître ?**

**A. Badiou.** Le maître est celui qui aide l'individu à devenir sujet. Car si l'on admet que le sujet émerge dans la tension entre l'individu et l'universalité, il est évident qu'il a besoin d'une médiation pour avancer sur ce chemin. Et donc d'une autorité. La crise du maître est la conséquence logique de la crise du sujet, et la psychanalyse n'y a pas échappé. Il faut rénover la position du maître, mais il n'est pas vrai qu'on puisse s'en passer, même et surtout dans une perspective d'émancipation.

**E. Roudinesco.** Lorsque le maître disparaît, il est remplacé par le chef, l'autoritarisme, et cela finit toujours, tôt ou tard, par le fascisme – l'histoire nous l'a hélas prouvé.

**La psychanalyse, dites-vous, relève des sciences humaines et non de l'évaluation scientifique. Mais, à la différence des autres sciences humaines, elle prétend soigner et se fait payer pour cela.**

**A. Badiou.** Les politiques ne cessent de demander aux sociologues ou aux économistes – en les rémunérant ! – des rapports à partir desquels ils mettent en œuvre des mesures ayant des effets très concrets sur la vie des citoyens. Prenez l'économie : elle va d'échec en échec, et pourtant elle se présente toujours comme une science. Et que dire de l'industrie pharmaceutique, qui se prévaut du label scientifique mais dont les produits s'avèrent régulièrement bien plus dangereux qu'une cure analytique ? Notre société est infestée de pratiques qui se prétendent scientifiques. Ce que ne fait pas la psychanalyse, justement !

**E. Roudinesco.** Quand on tombe sur un mauvais chirurgien, on n'accuse pas Hippocrate ! Oui, la médecine a fait d'immenses progrès et nous en avons tous bénéficié, mais la comparaison n'a guère de sens. Si la psychanalyse peut faire des progrès, ce sera sous d'autres modalités. Tout simplement parce qu'on ne guérit jamais de la condition humaine.

**Il y a pourtant des imposteurs...**

**E. Roudinesco.** Il y en a, c'est vrai, et probablement plus que dans d'autres disciplines, car le psychisme est un domaine moins tangible. Les associations d'analystes doivent édicter des règles, et c'est aussi le sens de l'appel que nous leur lançons : critiquez vos dérives, il en va de la survie de la psychanalyse. Sinon, nous irons vers une société organique où nous serons traités comme des objets.



---

# PSYCHOLOGIES.COM

## Autisme : Faut-il brûler la psychanalyse ?

**Alors même que l'autisme vient d'être déclaré grande cause nationale 2012, les querelles d'experts n'en finissent pas d'alimenter la polémique autour de sa prise en charge.**

**L'édito d'Arnaud de Saint Simon, directeur de Psychologies.**

La polémique autour du rapport de la Haute Autorité de santé (HAS), questionnant l'efficacité de la psychanalyse dans le traitement de l'autisme, rallume la controverse autour de cette illustre discipline. En effet, certains psychanalystes s'obstinent encore à considérer l'autisme comme un désordre affectif, alors que les symptômes biologiques de la maladie sont maintenant connus. Ils ferment ainsi la porte de manière plutôt dogmatique à certaines prises en charge comportementales dont l'efficacité a été prouvée à l'étranger. Cette attitude alimente les arguments bien connus des détracteurs de la psychanalyse : arrogance, manque d'ouverture d'esprit aux approches différentes et, in fine, mépris du bien-être du patient.

« Psychanalystes, ne soyons pas sectaires », osait Marie-Noëlle Clément, psychiatre, dans une tribune publiée par Le Monde le 7 mars 2012. Les temps sont durs pour cette approche qui, pendant un siècle, a régné sur la vie intellectuelle française. Elle subit désormais régulièrement les attaques de livres à charge, comme dans Le Livre noir de la psychanalyse sous la direction de Catherine Meyer (Les Arènes, 2010) ou Le Crépuscule d'une idole de Michel Onfray (LGF, "Le Livre de poche", 2011) et un malentendu croissant avec le public, qui lui reproche pêle-mêle de durer trop longtemps, de coûter cher, de ne pas s'intéresser au corps, de culpabiliser les mères, d'être réservée aux intellectuels, etc. Faut-il, pour autant, brûler la psychanalyse ?

Certainement pas, et ce pour deux raisons. Parce que la psychanalyse est unique : il suffit de lire des réponses très convaincantes aux arguments de ses opposants ou d'écouter les analysants témoigner de ce voyage mystérieux, souvent surprenant (pourquoi sommes-nous si attachés aux symptômes dont nous voulons nous débarrasser ?) et toujours essentiel, puisqu'il s'agit de se rencontrer soi. Dans notre métier de journalistes à Psychologies, la psychanalyse est une alliée extrêmement riche, par son décryptage subtil et unique de ce qui nous fait vivre, souffrir, désirer ; et je regrette parfois, dans les pays étrangers où nous sommes édités, que la culture locale se limite à la dimension comportementale et souvent réductrice des choses.

Mais il faut réhabiliter la psychanalyse pour une autre raison : elle est, à mon sens, victime d'idées reçues. L'image du long voyage en solitaire, avec un analyste distant et silencieux, laissant le patient à sa souffrance et à ses questions, est assez dépassée. La psychanalyse évolue constamment : la plupart des praticiens reçoivent leurs patients d'abord en face à face et interagissent avec eux ; de plus en plus de psychanalystes ont enrichi leur pratique et se sont formés aussi à d'autres approches (systémique, EMDR, gestalt) ; et surtout, nous voyons l'émergence des thérapies « intégratives », associant psychothérapie, travail sur le corps et démarche spirituelle. Tout cela augure une ère nouvelle où les disciplines s'accordent plutôt que se combattent. Puisse la controverse actuelle faire émerger cette face moins connue de la psychanalyse, où le psy sort de sa toute-puissance et de sa neutralité. Il y va de sa survie d'évoluer sans se renier.

leSoleil



Jean-François Cliche  
Le Soleil

Publié le 13 mars 2012 à 16h48

## La «bible» de la psychiatrie biaisée ?

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



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

Mis à jour périodiquement depuis sa première parution, dans les années 50, le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) en est à sa quatrième mouture, parue en 1994 et révisée en

2000. Il s'agit de l'ouvrage de référence par excellence en santé mentale, où sont consignées les descriptions des troubles mentaux officiellement «reconnus» par la science et tous les critères sur lesquels les professionnels doivent fonder leurs diagnostics.

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

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

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

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

**Liens entre les chercheurs et l'industrie**

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

Or même ce type de relations, a priori ténues, devrait être interdit aux auteurs du DSM-5, selon Cosgrove et Krinsky, parce que «40 ans de recherche en psychologie sociale démontrent clairement que tout don, même petit, crée une obligation de réciprocité», ce qui risque de biaiser le jugement des panélistes.

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

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

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

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

#### **Voix discordantes**

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

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

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

#### **L'importance des pairs**

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

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

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

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

devrait exclure M. Kendler du DSM-5 selon Cosgrove et Krimsky, même si la plupart de ses activités ne sont pas financées par l'industrie.

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

---

# Psychomédia

En ligne depuis 15 ans



## DSM-5 : la définition des maladies mentales ne doit pas être laissée aux seuls psychiatres, estiment certains

Soumis par [Gestion](#) le 13 mai 2012

Des propositions pour la prochaine édition du [Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux](#) ("*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*"), le DSM-5, dont la publication est prévue pour mai 2013, peuvent conduire à poser des diagnostics de maladies mentales chez des millions de personnes aujourd'hui considérées normales, met en garde le psychiatre Allen Frances de l'Université Duke qui a été impliqué dans la révision ayant mené à la troisième édition du manuel et qui a dirigé celle de la quatrième édition.

**L'American Psychiatric Association devrait perdre son monopole, vieux d'un siècle sur la définition des maladies mentales, propose-t-il, dans une page d'opinion du *New York Times*.**

Jusqu'à la publication de la troisième édition en 1980, dit-il, le diagnostic psychiatrique, dominé par la psychanalyse, était un embarras professionnel alors que les psychiatres ne pouvaient que rarement s'accorder sur un diagnostic. Le DSM-3 a suscité l'enthousiasme en fournissant des critères spécifiques pour chaque trouble mental.

La quatrième édition, publiée en 1994, a essayé, dit-il, de contenir l'inflation de diagnostics. Elle a réussi sur le côté adulte, estime-t-il, mais elle n'a pas réussi à prévoir et contrôler le sur-diagnostic de l'autisme, des troubles déficitaires de l'attention et hyperactivité (TDAH) et du trouble bipolaire chez les enfants.

Le DSM est devenu une autorité qui dépasse sa compétence, juge-t-il. Il est devenu l'arbitre qui détermine qui est malade ou pas, les décisions de traitement, l'éligibilité aux assurances et paiements d'invalidité et l'attribution de services tels que les écoles spéciales. Il influence les directions de recherche et l'approbation des nouveaux médicaments. Il est largement utilisé (et mal utilisé) en cour de justice. Dans ce contexte, estime-t-il, l'impact du DSM-5 peut être catastrophique.

Un nouvel organisme devrait gérer la définition des troubles mentaux, dit-il. Toutes les disciplines de la santé mentale devrait y être représentées: psychologues, travailleurs sociaux, infirmières... Les conséquences de changements de définition devraient être évaluées par des épidémiologistes, des spécialistes de la santé publique et des experts médicaux-légaux. Les médecins généralistes qui prescrivent la plus grande part des médicaments psychotropes, souvent négligemment, devraient contribuer au système diagnostic afin de l'utiliser correctement, dit-il. Les consommateurs devraient aussi jouer un rôle important dans le processus de révision. Enfin, les tests devraient être menés dans des milieux de vie réels, et pas seulement dans des centres universitaires.

Des divisions de l'American Psychological Association et la British Psychological Society, notamment, ont exprimé leur inquiétude face à l'abaissement des seuils de diagnostic pour plusieurs catégories de troubles et l'introduction de nouveaux troubles qui, estiment-elles, peuvent conduire à des traitements médicaux inappropriés de populations vulnérables.

<http://www.psychomedia.qc.ca/sante/mentale/2012-12-02/dsm-5-adoption-definitive>  
Soumis par Gestion le 2 décembre 2012

## Les diagnostics psychiatriques du DSM-5 définitivement adoptés: quels changements ?

L'American Psychiatric Association a approuvé définitivement le texte de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"), le DSM-5. Le manuel sera officiellement lancé lors du congrès annuel de l'APA en mai prochain. La dernière révision, le DSM-IV, date de 1994, avec des modifications mineures en 2000 (DSM-IV-TR).

Selon un communiqué de l'APA, des modifications majeures incluent l'abolition du système des "axes" (1) et une restructuration des groupes de diagnostics. Également, plusieurs des critères diagnostiques inclueront ce qui a été appelé des évaluations dimensionnelles pour indiquer la gravité des symptômes (échelles de sévérité).

Alors qu'on s'attend à ce que les détails ne soient communiqués qu'à l'occasion du congrès annuel de l'association, le communiqué de l'APA indique que le manuel inclura plusieurs propositions qui ont été très controversées. Les informations que présentent aujourd'hui les médias américains sur les diagnostics inclus et exclus sont très contradictoires.

Alors que plusieurs associations de défense des personnes atteintes d'autisme craignaient l'abolition du diagnostic de syndrome d'Asperger, ce dernier serait maintenu selon Medscape, contrairement à plusieurs titres des médias.

Des nouveaux diagnostics seraient ceux d'hyperphagie boulimique ("Binge eating disorder") et d'accumulation compulsive d'objets ("hoarding"). Les traductions qui seront adoptées restent à voir.

Certaines des propositions controversées qui ont été adoptées seraient, rapporte Medpage Today:

- La possibilité de poser plus tôt un diagnostic de dépression en cas de deuil (tout en conseillant aux cliniciens de faire la distinction avec le deuil normal).
- Le diagnostic de trouble de dérégulation dit d'humeur explosive ("disruptive mood dysregulation disorder") pour les enfants de plus de 6 ans qui présentent de fréquents accès de colère avec irritabilité chronique. Ce diagnostic viserait à réduire les surdiagnostics de trouble bipolaire chez les enfants.

Parmi d'autres changements, rapporte Medscape:

- Les troubles d'abus de substance et de dépendance à une substance seront combinés en un seul trouble.
- Les critères du stress post-traumatique seront modifiés pour ajouter un quatrième groupe de symptômes aux trois existants.

Les 10 troubles de personnalité actuels seraient maintenus. Les changements importants qui étaient proposés seraient relégués à la section du manuel qui présentent des définitions de troubles à l'étude (et qui ne seront pas utilisés cliniquement).

(1) Le système des axes permet un diagnostic multiaxial: l'axe 1 regroupe les "troubles cliniques" (tels que les troubles de l'anxiété, de l'humeur, psychotiques...); l'axe 2: les troubles de la personnalité; l'axe 3: les affections médicales générales; l'axe 4: les problèmes psychosociaux et environnementaux; et l'axe 5: l'évaluation globale du fonctionnement.

---

## Androgena

### De la conscientisation et de l'esprit critique

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

# De la psychologisation et de la médicalisation du social

## Philippe Jean

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

---

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

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

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

Cependant, les services de soutien facilitant des chances de vie dite « normale » pour les personnes en situation de handicap — tels que les services d'éducation, de logement, de soutien à l'emploi et de sensibilisation — ne sont pas nécessairement incompatibles avec la normalisation positive, bien que certains services particuliers (tels que les écoles spéciales) peuvent être en fait au défavorable, plutôt que de renforcer une vie normale en gardant à l'esprit la notion de « rythmes » normaux de la vie.

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

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

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

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

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

Au sein de groupe de la population, le pourcentage des incapacités, de situation de handicaps ou de limitations est de plus en plus élevé. Si les personnes âgées et les personnes souffrant d'incapacités doivent pouvoir être à même d'avoir leur place dans la société sur un pied d'égalité, il faut améliorer l'accessibilité des produits, des services et des environnements. Ainsi, la prédominance et la complexité croissantes de la technologie dans la vie de tous les jours présentent des occasions et des défis.

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

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

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

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

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

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

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

La route conduisant au changement est semée d'embûches, mais certains groupes progressent plus vite que d'autres. Le grand public garde encore des préjugés envers les malades mentaux, qui restent dès lors largement à l'écart de la société normale. Les changements véritables proviennent, en fait, des efforts consentis par les personnes handicapées elles-mêmes.

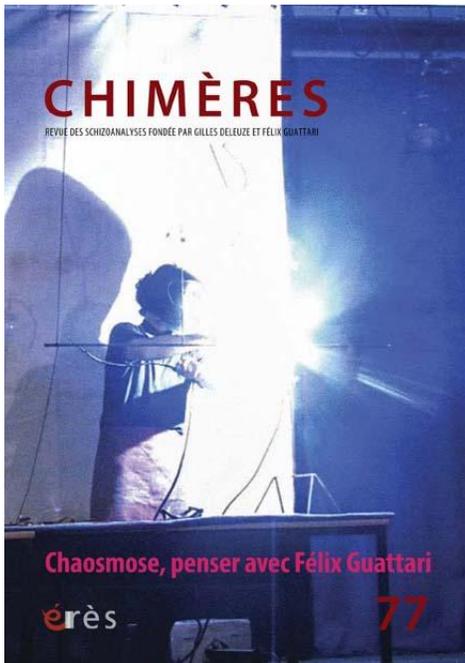
Pour ces personnes, il ne s'agit plus dorénavant d'adapter leurs comportements aux normes sociales dominantes, mais de contester les définitions qu'en donnent les personnes « normales » et de revendiquer le droit à la différence et aux mesures d'accueil de cette différence.

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

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



## Psychiatrie : du futur au passé par Mathieu Bellahsen



Depuis plusieurs mois la psychiatrie est au carrefour des nombreuses actualités, politique, médiatique et professionnelle. Si la crise la traversant ne date pas d'hier, les derniers temps ont vu s'accélérer et se concentrer sa recomposition [1] par une série successive de rapports et de lois.

Le sursaut d'une partie de la société civile devant les déstructurations des services publics s'est traduit dans notre champ par la création de collectifs rassemblant soignants, patients et familles, occupés par les questions de liberté mise à mal par la propagation de l'État d'exception [2] dont la psychiatrie est l'un des laboratoires (avec notamment la justice, la santé publique, les politiques migratoires).

En arrière-plan, nous retrouverons le tournant gestionnaire de la psychiatrie datant du milieu des années 1980 qui, en s'infiltrant progressivement, a considérablement modifié les pratiques à l'aune de procédures standardisées (protocoles, évaluations, certification), au détriment de son objet même, constitué jusqu'alors par la clinique du singulier.

Remarquons que l'émergence de ce discours « pragmatique », accepté et cautionné par beaucoup de professionnels, s'est fait via les mots d'ordre progressistes et subversifs de naguère qui se sont vus progressivement pervertis, « au nom du bien » par la rationalité dominante. Ainsi aux discours antipsychiatriques prônant la fin de l'asile ont répondu les diminutions massives du nombre de lits, ce dont la plupart se sont félicités, sans s'apercevoir que les moyens déployés pour assurer la continuité des soins et la création de structures ambulatoires ne suivaient pas. De même, la déqualification des professionnels a pu se faire grâce à l'idée qu'en psychiatrie (et notamment institutionnelle) ce n'est pas le statut qui compte mais bien la personne... Des aides-soignants suffiraient donc à assurer le travail des infirmiers psychiatriques. Les exemples sont nombreux et connus, tout comme le mot « usager », employé initialement par les tenants de la psychiatrie désaliénistes (Lucien Bonnafé) et recouvrant une autre réalité que l'emploi actuel du mot. C'est le même sort qui s'est produit pour le terme « santé mentale » dont le sens n'a plus guère à voir avec celui des initiateurs du secteur dans les années 1960, le prenant même à contre sens.

Ainsi, en 2001 paraît le rapport « De la psychiatrie vers la santé mentale », rédigé par les Dr Piel et Roelandt, qui vise à « normaliser » les pratiques par le biais d'une conception de santé publique recommandée par l'organisation mondiale de la santé (OMS). Cela aura pour conséquence d'étendre les réponses psychiatriques et psychologiques dans le champ social, la psychiatrie se voyant réservé aux troubles les plus graves.

Lors des États Généraux de la psychiatrie en 2003, les professionnels s'étaient réunis sur la crise qui traversait son champ. A l'époque, aucune des motions ne portaient sur le contrôle des patients les plus dangereux. Cinq ans plus tard, de nouveaux agencements ont émergé.

Le premier en date fut la loi de rétention de sûreté, voté en février 2008, où les personnes présentant « une particulière dangerosité » pourront désormais se voir opposer, au terme de leur peine, un enfermement renouvelable tous les ans par une commissions d'experts censé jugé de manière prédictive le potentiel de dangerosité.

Loi initialement voté suite aux affaires de pédophilie, cette mesure d'exception fut présentée comme « de bon sens » visant à rassurer la population devant ces passages à l'acte. A cette occasion, Robert Badinter rappela que cette loi constituait un changement de paradigme dans notre Droit, passant d'une logique de jugement sur un acte déjà fait, à une prévention d'un acte en devenir par une personne à risque. Le « Minority report » à la française peut donc commencer grâce à la caution d'un savoir psychiatrique capable de prédire l'avenir [3]. Ainsi, la psychiatrie se trouve progressivement coincé dans une logique sécuritaire qui la pousse vers un contrôle social accru tout en se voyant dépossédé des soins par la logique « déstigmatisante de la santé mentale. »

En juillet de la même année, le ministère de la santé commandita un rapport sur la psychiatrie confié à Edouard Couty, pour adapter cette dernière à la nouvelle loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire »[4] (HSPT). La commission Couty se réunira pendant plusieurs mois mais la rédaction sera celle du seul rapporteur[5], ce que les syndicats et associations vivront comme un simulacre de concertation. Ce rapport gestionnaire paraîtra en janvier 2009 discrédité, dans une certaine mesure, par les propos sécuritaire du chef de l'État un mois plus tôt.

Dans ce rapport, il est prévu de substituer à la continuité des soins (assuré par une seule équipe de secteur) la continuité de la prise en charge, entérinant le passage d'une logique de proximité des soins à une logique de prestataire de services soignants. A une exigence clinique de base (que les soins soient assurés par une même équipe) est substituée une conception administrative des soins : à telle pathologie, telle prestation.

Le secteur est ainsi démantelé par la coupure entre l'intra-hospitalier de l'ambulatoire. Un nouveau sigle apparaît le « GCS », groupement de coopération sanitaire, qui doit être sous la tutelle du futur directeur de l'agence régionale de santé (ancienne agence régionale de l'hospitalisation). Une prise en charge sur un mode pyramidal est prévue avec caution du savoir expertal (les centres hospitaliers universitaires) en haut de la pyramide. Autre découpage de ce rapport, la création de deux types de prise en charge : la « secure » d'un côté pour les patients considérés comme « dangereux » et la « non secure » pour les autres.

Au mois de décembre 2008, suite à la mort d'un étudiant grenoblois tué par un patient en fugue et après un emballement médiatique rappelant « l'affaire de Pau », le président de la République prononça « le discours d'Antony ». Au programme, des espèces sonnantes et trébuchantes [6] pour « sécuriser les hôpitaux », par la construction de quatre nouvelles unités pour malades difficiles, de chambres d'isolement, de vidéo-surveillance, voire de bracelets GPS pour les patients fugueurs. Une semaine après le sinistre du 2 décembre, le collectif des 39[7] se créa et lança l'appel contre « la nuit sécuritaire »[8]. Dans le même temps, la plupart des syndicats de psychiatres et des associations (patients, familles) s'ils tempèrent les propos du chef de l'État pensent qu' « il faut raison garder » et accepter les moyens alloués en psychiatrie.

Le 7 février 2009 à Montreuil, à la Parole errante [9] se réunissent « 1789 » personnes au mot d'ordre « nous sommes tous des schizophrènes dangereux ». Cette assemblée convoquée par le collectif des 39 voit se relayer à la tribune se relayent professionnels et politiques pour dénoncer la dérive sécuritaire et appeler à un moratoire sur la loi pour engager des discussions de fond avec le milieu professionnel.

En mars 2009 est remis le rapport de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé du sénateur Milon sur « la prise en charge psychiatrique en France » pour répondre entre autre aux situations de pénurie, s'adapter aux recommandations européennes en matière de santé mentale et mettre l'accent sur la prévention des troubles, suivant la conception et le lobbying de la fondation Fondamental[10]. Cette dernière souhaite mettre en place des centres de références pour le bilan diagnostique et l'orientation de pathologies telles les « troubles bipolaires », « la schizophrénie », le syndrome d'Asperger. L'approche expertale est le paradigme organisateur de cette « nouvelle » psychiatrie organisant un tri entre population et ouvrant à des filières de soins.

Dans la synthèse du rapport, l'ambition est de faire de la psychiatrie « une médecine de pointe », d'accentuer la recherche en psychiatrie pour combler le « retard » français. C'est ainsi que dans les discussions ayant donné lieu à ces conclusions, les participants énoncent que la partition entre la neurologie et la psychiatrie n'est plus d'actualité à l'aune des découvertes récentes en neuro-imagerie et recherche génétique.

Dans le même temps, c'est à des injonctions dans les pratiques que s'en prend l'État par le biais d'une secrétaire d'Etat à la famille qui déclarera que les pratiques des enveloppes humides, pratiquées notamment par Pierre Delion, sont inhumaines.

Il y aura également Pierre Paresys, chef d'un secteur du Nord de la France, qui ne sera pas renouveler dans ses fonctions, débarqué avant l'heure par un directeur et une agence régionale de santé tous puissants.

Quelques mois plus tard, en novembre 2009, le centre d'analyse stratégique remet à la secrétaire d'État en charge de la Prospective et du Développement de l'Économie numérique, le rapport « la santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de la vie ». Le groupe de travail « Santé mentale et déterminant du bien-être », en charge de ce rapport, est présidé par Viviane Kovess-Masfety. Si elle est désormais l'affaire de tous, il est explicitement énoncé que la santé mentale n'est plus l'affaire des psychiatres. Le concept de « santé mentale positive » apparaît. L'approche est essentiellement économique puisque s'intéresser à ce problème « de santé publique », c'est s'intéresser à 3 à 4% du PIB s'évaporant du fait de la mauvaise santé mentale comprenant troubles psychiques graves (psychiatrie) et troubles psychologiques (comme la souffrance au travail, la détresse psychologique, addictions...) qu'il s'agira de réduire par des stratégies de quasi management. La psychologisation des problématiques sociales et politiques est donc le nouvel organisateur pour remédier à une économie en crise.

Ce même mois sera organisé le deuxième forum national du collectif des 39 avec pour question « quelle hospitalité pour la folie ? »[11]. Plus d'un millier de personnes assisteront aux tables rondes portant sur les questions d'évaluations, des protocoles, de la contrainte, de la folie. L'après-midi, entérinant la recomposition des lignes dans le champ psy, des citoyens concernés par la psychiatrie, parce que malades eux-mêmes, ou touchés de manière proche, organiseront avec nous un débat sur la place de la folie dans notre société.

Dans le même temps un débat s'ouvre sur « la psychiatrie criminelle »[12] avec toute une polémique autour de la castration chimique, de la levée du secret et médical et des injonctions d'un traitement médicamenteux obligatoire (par prescription anti-androgène) dont les indications ne sont plus laissée à la seule appréciation du médecin.

Cet amalgame naissant entre traitement et médicament sera au cœur du projet de réforme de la loi de 1990 où les soins seront définis, en creux, par les seuls neuroleptiques retard. A l'obligation de soin des équipes de secteur est substituée l'obligation de « soins » des patients qui n'ont plus de soin que le nom.

Ainsi, les lignes de recomposition de la psychiatrie, si elles sont décrites comme objectives et « scientifiques » par les tenants du courant objectiviste n'en demeurent pas moins profondément idéologiques. Le cheval de Troyes de la souffrance au travail permet d'asseoir la santé mentale dans son rôle de régulateur social et de vulnérabilisation des individus, à défaut du contexte politique et social.

La naturalisation des normes, comme en témoigne un autre rapport du centre d'analyse stratégique sur la « neuro-éthique » et les « neuro-lois »[13], est au cœur de la bataille sur les conceptions de la psychiatrie et plus largement de la folie. La santé mentale, par le biais de ses protocoles, de ses référentiels, de son organisation privilégie les patients autonomes qui « gèrent leur capital santé ». Mais alors que faire de ceux qui dénie les soins, qui ne sont pas « en demande » et qui nécessitent un travail d'approche et relationnel de longue haleine ? Le santé-mentalisme a tranché en dénia la folie, la « poussant » ainsi derrière de hauts murs d'où ne devront filtrer que la transparence de prise en charge aseptisées et technicisée.

La bataille qui s'ouvre alors est celle d'une psychiatrie expertale favorisant les soins sous contrainte en face d'une psychiatrie prenant soin des patients, des familles. Une psychiatrie qui a la délégation des tâches répond par de nouvelles conceptions du collectif de soin. Ainsi, face aux réponses du prêt à penser gestionnaire et sécuritaire, nous pensons que le trépied sur lequel nous devons agir est celui de la formation des professionnels, d'une possibilité de moyens alloués à des soins humanisés et d'abord et avant tout à la conception du soin, de la maladie mentale et de la folie qui est la nôtre.

Deux courants contradictoires et complémentaires qui s'agencent avec d'une part la déstigmatisation des « malades mentaux » par les campagnes de santé mentale et de l'autre le nouveau grand renfermement des patients dits ou supposés « dangereux ». Contradictions culminant lors de la semaine de la santé mentale où le thème était « en parler sans stigmatiser » alors que dans le même temps, un reportage lors du journal de vingt heures de TF1 prétendit qu'il y avait 500000 schizophrènes supposés dangereux en France.

Depuis un an, les nouvelles unités pour « malades difficiles » se construisent tout comme la première unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) qui vient d'être inaugurée à Lyon.

C'est dans ce contexte que le 22 mars 2010, après un an de mise en sommeil, le projet de réforme de la loi de 1990 portant sur l'hospitalisation sans consentement est mis en circulation. Au programme, de nouvelles perversions de la langue. Dans les objectifs de la loi sont prévus de « faciliter l'accès aux soins », les soins étant ici uniquement les soins sous contrainte, de favoriser « la continuité des soins »...

Si la nécessité de répondre aux vrais problèmes consécutifs à la crise que connaît la psychiatrie depuis plusieurs années est évidente, ce projet de loi n'aborde que l'aspect sécuritaire, de contrôle social et de gestion des patients à risque de dangerosité. La logique sanitaire est abandonnée prenant, ouvrant la voix à une normalisation infinie des comportements.

Ainsi, un leurre est proposé aux faits divers, à l'inquiétude de la population et au désarroi des familles, leurre qui se nourrit des inconséquences et des défaillances d'une psychiatrie au rabais, de plus en plus gestionnaire et symptomatique, ayant sacrifié sa conception du soin psychique, d'une formation de qualité pour des raisons économiques et idéologiques.

Toutefois, les perspectives ouvertes sur ce champ catastrophique sont importantes puisqu'il nous engage à réinventer la pratique, à penser et à créer un devenir possible et vivable, là où les bêtises et les renoncements sont désormais présentés comme des évidences.

[1] Voir sa décomposition au profit de la santé mentale

[2] Giorgio AGAMBEN, L'État d'exception, Seuil

[3] Voir l'appel « non à la perpétuité sur ordonnance » lancé par l'association Pratiques de la Folie

[4] Où loi Bachelot, adoptée en juillet 2009

[5] *Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, Ministère de la santé et des sports, janvier 2009

[6] 70 millions d'euros débloqués en 2 mois

[7] 39 étaient les nombres de personnes présentes à la première réunion

[8] Appel ayant réuni 27000 signatures à ce jour.

[9] Lieu créé par Stéphane et Armand Gatti

[10] Fondation coordonnée par le Pr Marion Leboyer, psychiatre universitaire d'orientation neuro-génétique, prétendant au statut d'interlocuteur unique dans le domaine de la santé mentale. Dans les propositions du rapport Milon le dernier point est le suivant : « *accorder à la fondation FondaMental un statut équivalent à celui de la fondation Alzheimer* »

[11] [www.collectifpsychiatrie.fr](http://www.collectifpsychiatrie.fr)

[12][12] Dont l'équivoque signifiante ne nous semble pas anodine

[13] Centre d'analyse stratégique, note de veille 159 portant sur les « *Perspectives scientifiques et éthiques de l'utilisation des neurosciences dans le cadre des procédures judiciaires* »

---

**Psychomédia**  
En ligne depuis 15 ans

Soumis par [Gestion](#) le 26 novembre 2012

## Plus de 85 médicaments dangereux avec le pamplemousse dont 43 potentiellement mortels

Le nombre de médicaments dont l'interaction est dangereuse avec le pamplemousse et d'autres agrumes a plus que doublé entre 2008 et 2012, alertent le chercheur David Bailey de l'University of Western Ontario et ses collègues dans le Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC). 89 médicaments ont été identifiés à ce jour et le nombre de ceux dont l'interaction avec le fruit est potentiellement mortelle est passé de 17 à 43.

L'interaction de certains médicaments avec le pamplemousse est dangereuse parce qu'elle augmente la concentration de ces derniers dans le sang, ce qui peut mener à de graves overdoses. Normalement un médicament pris par voie orale est en partie dégradé et éliminé par le système digestif avant d'atteindre la circulation sanguine où il exerce son action. Une enzyme qui intervient dans la dégradation d'environ la moitié des médicaments est inactivée par une substance du pamplemousse (furanocoumarine), et ce, pour toute une journée.

Les oranges Séville (souvent présentes dans les marmelades), les limettes et les pomelos peuvent aussi interagir dangereusement avec certains médicaments, tandis que les variétés d'oranges sucrées, telles que Navel ou Valencia n'altèrent pas le métabolisme des médicaments.

Le pamplemousse, expliquent les auteurs, agit sur des médicaments particuliers et non pas sur des classes entières de médicaments. La vulnérabilité varie aussi beaucoup d'une personne à l'autre. Les personnes âgées sont particulièrement vulnérables en raison de leur moindre capacité à compenser les concentrations excessives de médicaments dans le sang.

Certains médicaments sont particulièrement dangereux avec le pamplemousse:

L'amiodarone (Cordarone and Nexterone) et son analogue, le dronedarone, deux antiarythmiques, peuvent induire des torsades de pointe, une forme très sévère d'arythmie cardiaque, durant laquelle "le coeur ne pompe plus de sang". "Six secondes de torsades de pointe peuvent aboutir à la mort", précise le Dr Bailey, dont les propos sont rapportés par Le Devoir. Deux médicaments anticancéreux, le nilotinib et le sunitinib, peuvent aussi provoquer ces graves complications avec le pamplemousse.

Plusieurs statines (médicaments anti-cholestérol), dont l'atorvastatine (Lipitor, Tahor) qui était le médicament le plus prescrit au Canada en 2011, peuvent détruire les muscles squelettiques quand leurs concentrations s'élèvent anormalement. Les dommages musculaires entraînent alors la libération dans le sang de protéines qui peuvent provoquer une insuffisance rénale aiguë. D'autres statines ne sont cependant pas affectées par le pamplemousse.

Une étude épidémiologique a aussi suggéré que les femmes postménopausées qui prenaient des hormones œstrogènes en même temps que du pamplemousse couraient un risque plus élevé de cancer du sein que celles qui n'en consomment pas.

Certains médicaments contre l'hypertension, tels que la nifédipine (Nifediac et Afeditab), des médicaments antipsychotiques (neuroleptiques) et des analgésiques, notamment, sont aussi concernés par l'interaction avec le pamplemousse.

---

**Psychomédia**  
En ligne depuis 15 ans

Soumis par Gestion le 28 novembre 2012

Actualités Interactions médicaments-aliments Santé

## **Voici la liste de 89 médicaments dangereux avec le pamplemousse**

Le nombre de médicaments dont l'interaction est dangereuse avec le pamplemousse et d'autres agrumes a plus que doublé dans les quatre dernières années, selon une étude publiée dans le Canadian Medical Association Journal (CMAJ).

L'interaction de certains médicaments avec le pamplemousse est dangereuse parce que ce dernier modifie leur métabolisme, ce qui a pour conséquence d'en augmenter la concentration dans le sang à des niveaux qui peuvent parfois représenter de graves surdoses (seuls des médicaments se prenant par voie orale sont ainsi concernés).

Tous les agrumes ne sont pas concernés. Les oranges de Séville (oranges amères souvent présentes dans les marmelades), les limettes (citrons verts) et les pomelos peuvent interagir dangereusement avec certains médicaments, tandis que les variétés d'oranges sucrées (Navel ou Valencia) n'altèrent pas le métabolisme des médicaments.

David Bailey de l'University of Western Ontario et ses collègues dressent, en annexe de leur article, la liste des 89 médicaments qui interagissent avec le pamplemousse. Le niveau de risque (peu élevé, intermédiaire, élevé et très élevé) est indiqué ainsi que les événements indésirables associés à chacun d'eux et les médicaments alternatifs lorsque disponibles. Le risque est estimé élevé ou très élevé pour 43 de ces médicaments.

Parmi ces médicaments se trouvent:

- plusieurs médicaments anti-cancer
- des anti-diabétiques
- des médicaments anti-infection
- des médicaments anti-inflammatoires
- des médicaments anti-cholestérol (statines)
- des médicaments cardiovasculaires
- des médicaments psychiatriques et neurologiques :antidépresseurs, antipsychotiques (ou neuroleptiques), antidouleurs opiacés, anxiolytiques...)
- des hormones de substitution (estrogène)
- des médicaments immunosuppresseurs
- médicaments pour les affections des voies urinaires.

Les médicaments sont indiqués sous le nom de la molécule active (le nom générique) qui est différent du nom commercial (une molécule est souvent vendue sous plusieurs noms commerciaux). Le nom générique se trouve sur l'emballage des médicaments.

**[Consulter la liste des 89 médicaments qui interagissent avec le pamplemousse \(CMAJ\).](http://www.cmaj.ca/content/suppl/2012/11/26/cmaj.120951.DC1/grape-bailey-1-at.pdf)**

<http://www.cmaj.ca/content/suppl/2012/11/26/cmaj.120951.DC1/grape-bailey-1-at.pdf>



<http://www.qualaxia.org/>

**Accessibilité à la psychothérapie**

## Une accessibilité accrue aux soins psychologiques

par Helen-Maria Vasiliadis (31/01/2011)

De récentes études canadiennes ont démontré que l'éducation, les revenus et les coûts des services comptent parmi les facteurs qui régissent le recours aux services de fournisseurs de psychothérapie, comme les psychologues de première ligne. Par ailleurs, les politiques en matière de santé devraient tenter d'améliorer l'accès des personnes défavorisées à ces services. À ce jour, le Royaume-Uni et l'Australie ont introduit l'accès aux soins psychologiques subventionnés par l'État.

Au Royaume-Uni, l'objectif du programme Improving Access for Psychological Therapies (IAPT) était de permettre aux Primary Care Trusts (PCT) d'implanter des psychothérapies fondées sur des données probantes destinées aux individus qui

souffrent de dépression et d'anxiété, selon la recommandation du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). En octobre 2007, the Secretary of State for Health a annoncé un investissement supplémentaire de 173 millions GBP (267 millions CAD) de 2008 à 2011. Ces fonds sont destinés à la mise sur pied d'un important programme de formation dont l'objectif est de former des psychothérapeutes qualifiés dans quatre domaines thérapeutiques auprès des adultes et des enfants : la thérapie cognitivo-comportementale; la thérapie psychanalytique psychodynamique; la thérapie systémique et familiale; la thérapie humaniste.

Les principaux objectifs du programme pour 2011 étaient :

- d'avoir formé 3 600 nouveaux thérapeutes possédant les compétences appropriées et d'avoir effectué les arrangements nécessaires en terme de supervision (approximativement 40 thérapeutes formés/250 000 personnes/PCT);
- d'avoir traité 900 000 personnes supplémentaires (1 personne de plus sur 50);
- que 50 % des patients ayant terminé leur thérapie soient rétablis;
- de réduire de 25 000 les personnes qui reçoivent des prestations de maladie.

Finalement, la continuité du programme IAPT devait être assurée par l'engagement des PCT, qui y investiraient 173 millions GBP annuellement. Ces fonds serviraient à verser les salaires des thérapeutes nouvellement formés. Jusqu'à présent, les résultats obtenus aux deux projets-pilotes, à Newham et à Doncaster, ont démontré des améliorations cliniques et comblé les besoins de la population sur le plan de la santé mentale en permettant l'accès au programme sans recommandation, ce qui permet d'atteindre des personnes qui ne le seraient pas autrement.

En Australie, Better Access, lancée en novembre 2006, était une des initiatives les plus importantes du National Action Plan on Mental Health 2006-2011 du Council of Australian Governments (COAG) (Victorian Government, 2006). Le plan d'action national en santé mentale comprend un investissement de 1,2 milliard de dollars destiné à l'intégration et à l'amélioration du système de santé mentale. Le but de l'initiative Better Access était d'améliorer le traitement et la prise en charge de la maladie mentale, d'accroître l'accès de la population à des services de professionnels et à des équipes de soins en santé mentale ainsi que d'offrir des soins de santé mentale plus abordables. Les omnipraticiens étaient encouragés à collaborer plus étroitement avec les psychiatres, les psychologues cliniciens, les psychologues, les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes. En vertu du programme Better Access, les psychiatres, les omnipraticiens et les psychologues (ainsi que les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes adéquatement formés) peuvent prodiguer des soins de santé mentale subventionnés par le programme Medicare Benefits Schedule (MBS) pour lesquels les patients ne paient pas. Contrairement au Royaume-Uni, en Australie l'accès aux services psychologiques est offert par des fournisseurs de soins privés, plutôt que par l'attribution d'enveloppes budgétaires.

En décembre 2009, 16 450 professionnels de la santé mentale, 24 000 omnipraticiens et 1 700 psychiatres inscrits à Medicare Australia procuraient des services en vertu du programme Better Access. À cette date, en Australie, deux millions de personnes (1 sur 11) avaient reçu des soins de santé subventionnés d'une valeur totale de 11,2 millions de dollars.

En conclusion, ces programmes ont augmenté l'accès aux soins psychologiques des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Au Canada, les services des psychologues ne sont pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance maladie, cela constitue un obstacle majeur à l'accès aux services et réduit le nombre de personnes traitées. Accroître l'accès à ces services (comme cela a été fait au Royaume-Uni et en Australie) permettrait de réduire les disparités entre les Canadiens qui ont accès aux psychothérapies. Ultiment, cela permettrait également d'améliorer la santé mentale, de réduire le nombre de personnes invalides et d'alléger le fardeau de la maladie sur la population canadienne.



# Les psychologues en ont plein les bras



Rose-Marie Charest / PHOTO: ANDRÉ PICHETTE, LA PRESSE



DAPHNÉ CAMERON  
La Presse

La présidente de l'Ordre des psychologues du Québec, Rose-Marie Charest, estime que l'État devrait rembourser les frais de psychothérapie des Québécois en détresse qui doivent se tourner vers le privé faute de place dans le réseau public. Un sondage publié jeudi par l'Ordre des psychologues révèle d'ailleurs que les coûts trop élevés et l'attente trop longue avant d'avoir accès à un psychologue empêcheraient la majorité des Québécois de consulter.

Le coup de sonde, mené auprès de 600 personnes par la firme Jolicoeur et Associés, révèle que 61% des répondants estiment qu'un coût trop élevé les empêcherait de faire une psychothérapie et que 55% ne consulteraient pas en raison d'une attente trop longue. Le doute envers l'efficacité de la thérapie dissuaderait 28% des gens.

S'ils devaient consulter un psychologue, 47% se tourneraient vers le système public et 53% vers un bureau privé, dont les consultations, qui coûtent de 80\$ à 120\$ par séance, sont parfois remboursées partiellement par les assureurs. «C'est carrément un système à deux vitesses, c'est-à-dire que ceux qui ont de l'argent peuvent facilement avoir accès à un psychologue, car il n'y a pas de pénurie de psychologues dans le réseau privé. Mais ceux qui ne peuvent pas payer les coûts vont dans le réseau public, où il y a de longues listes d'attente. Le sondage n'a fait qu'objectiver l'impression qu'on avait déjà», explique Mme Charest.

## Plusieurs mois d'attente

Seulement 2000 des 8500 psychologues du Québec travaillent dans le réseau public, dont une grande proportion à temps partiel. Il faut souvent attendre plusieurs mois avant d'obtenir une consultation. «Comme société, on a le devoir d'offrir des services aux personnes qui souffrent, car la souffrance psychologique, ce n'est pas parce qu'elle ne saigne pas et qu'elle ne paraît pas aux urgences qu'elle fait moins mal. Lorsque l'état de la personne le justifie, je pense qu'il devrait y avoir des programmes qui donnent accès à la psychothérapie rapidement, dans le réseau public le plus possible, mais remboursée si c'est au privé.»

À la question du choix de traitement en cas de dépression, 32% des répondants ont affirmé qu'ils opteraient uniquement pour une psychothérapie, 46% une combinaison de psychothérapie et de médicaments, et 6% choisiraient seulement les antidépresseurs pour y faire face.

«Seulement 6% de la population souhaiterait un traitement uniquement aux antidépresseurs, mais compte tenu du manque d'accessibilité au service des psychologues, il y en a beaucoup plus qui se retrouvent dans cette situation, tout en n'ayant pas le traitement psychologique qu'ils souhaitent et dont ils ont besoin. Ça, on le déplore, on le dénonce», dit Mme Charest.

# Santé publique : la prévention précoce en question

Par [Claude Gauvreau](#)



Le 15 novembre dernier, un groupe d'experts canadiens a publié un rapport d'enquête insistant sur l'importance de mener des interventions précoces et soutenues auprès de familles exposées à l'adversité. Selon le rapport, les expériences défavorables – maltraitance, abus, négligence – vécues durant la petite enfance risquent d'entraîner des problèmes comportementaux à l'adolescence et à l'âge adulte, comme le décrochage scolaire, la dépression et l'anxiété. En matière de santé publique, la tendance à l'échelle internationale, depuis les années 1990, est à l'application de programmes de prévention de plus en plus

précoce auprès de familles dites vulnérables. Le premier numéro hors série de la revue *Nouvelles pratiques sociales* (NPS), que dirige le professeur Michel Parazelli, de l'École de travail social, interroge les fondements théoriques, éthiques et politiques de la prévention précoce, dont certaines approches se sont imposées au Québec, au Canada et en Europe. Paru au printemps 2012, ce numéro réunit des articles signés par des chercheurs universitaires et par des intervenants québécois et français des milieux communautaires dans les secteurs de la santé et des services sociaux.

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

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

## Un problème de santé mentale?

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

«Les modèles biologiques de la prévention précoce réduisent les troubles de conduite chez les enfants et les adolescents à des problèmes neurologiques, cognitifs ou génétiques, soutient le professeur. Certains experts prétendent par exemple

que la délinquance constitue un problème de santé mentale. D'autres associent l'hyperactivité d'un enfant à la probabilité qu'il devienne un futur délinquant. Les facteurs économiques, sociaux, culturels et politiques, souvent à la source des problèmes et débordant l'environnement immédiat, sont peu considérés.» Cette vision réductrice s'accompagne d'une tendance à la médicalisation des troubles de comportement, ajoute Michel Parazelli. «Une médicalisation adéquate permettrait, dit-on, de contrôler la délinquance.»

Depuis 2007, des partenariats publics/philanthropiques ont contribué à ancrer dans les milieux de pratique l'orientation comportementaliste de la prévention. C'est le cas des organismes Québec en forme et Avenir d'enfants, soutenus financièrement par la Fondation privée André et Lucie Chagnon et le gouvernement du Québec. Le chercheur critique ces initiatives qui auraient surtout pour objectif «d'assurer à l'économie de marché un capital humain en bonne santé mentale et physique capable d'être productif et performant dans un environnement concurrentiel.»

### Expériences alternatives

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



[http://www.futura-sciences.com/fr/news/t/medecine/d/psychiatrie-de-la-medecine-des-fous-a-celle-de-lesprit\\_36691/#xtor=AL-40](http://www.futura-sciences.com/fr/news/t/medecine/d/psychiatrie-de-la-medecine-des-fous-a-celle-de-lesprit_36691/#xtor=AL-40)

Le 11 février 2012

## Psychiatrie : de la médecine des fous à celle de l'esprit

**L**a psychiatrie est associée à des clichés qui bien souvent nous effraient. La réalité est pourtant bien différente. Jean-Pierre Olié, grand psychiatre français, remet un peu les pendules à l'heure à quelques mois de la mise en place d'un nouveau Plan Santé mentale.

Très souvent dans l'inconscient collectif, la psychiatrie est associée à l'image de camisoles, de blouses blanches portées par de solides gaillards chargés de contrôler des malades agités. *Vol au-dessus d'un nid de coucou* est la traduction contemporaine d'une image d'Épinal tenace.

La discipline reste mal comprise. Et par là même, elle inquiète souvent. De la libération des fous par Philippe Pinel à la fin du XVIIIe siècle aux Plans Santé mentale d'aujourd'hui, comment avons-nous évolué ? Jean-Pierre Olié, membre de l'[Académie nationale de médecine](#) et chef de service de psychiatrie à l'[hôpital Sainte-Anne](#) à Paris, nous emmène pour une visite guidée d'un genre inhabituel...

La psychiatrie a pour mission d'identifier et de traiter les affections de l'esprit. Mais pour notre spécialiste, « *elle va bien au-delà du diagnostic* et du traitement. La définition que l'OMS donne de la [santé](#), est celle d'un bien-être physique, social et mental ».

[Philippe Pinel, le précurseur français de la psychiatrie](#)

Avec à peine plus de deux siècles d'existence, l'histoire de la psychiatrie est brève, c'est le moins qu'on puisse dire. Les choses ont évolué à leur rythme, marquées çà et là par de grandes figures grâce auxquelles la discipline a pu avancer.

Pour Jean-Pierre Olié l'un des plus grands noms de la psychiatrie française est celui de Philippe Pinel. « Jusqu'en 1793, on enfermait indifféremment les personnes souffrant de troubles mentaux et les délinquants. »

Philippe Pinel était un psychiatre, ou plutôt un aliéniste comme on disait à l'époque. L'origine du mot est latine : alienus qui signifie « qui appartient à un autre » stigmatise l'étranger à lui-même... et à soi. D'ailleurs, l'anglais utilise toujours alien pour signaler aux frontières le guichet réservé aux étrangers d'un territoire... Pinel, donc, entreprend un véritable travail de reconnaissance des personnes souffrant d'un trouble mental. Son but, les distinguer des délinquants. Ce fut un premier bouleversement dans le regard que la société portait alors sur ceux que l'on dit fous. Dès lors, les aliénés seront libérés de leurs chaînes. Au propre, et même au figuré.



*Jean-Pierre Olié est un psychiatre français membre de l'Académie nationale de médecine. Parmi ses spécialités : la schizophrénie. © Destination Santé*

### Quand la fiction dépeignait une certaine réalité

Les classements des maladies psychiatriques n'acquerront une forme de pertinence qu'au début du XXe siècle. « Bien sûr, si vous étiez venu à Sainte-Anne à cette époque, vous auriez entendu des cris, des chants... » Nous ne sommes pas loin de l'album de Tintin, Les cigares du pharaon, où les patients se promènent avec un pot de fleur sur la tête ou se prennent pour Napoléon...

Il faudra encore attendre 1952, et « deux grandes figures de la psychiatrie que sont Jean Delay et Pierre Deniker. Ce sont eux qui ont conçu un médicament qui, administré chaque jour, faisait disparaître les hallucinations, les bouffées délirantes, les angoisses... » Les neuroleptiques étaient nés... même s'ils ont mis des années à s'imposer, au fil d'évolutions successives.

Petit à petit et jusque dans les années 1980, de nouvelles molécules seront mises au point. L'atmosphère des établissements psychiatriques change. Les traitements médicamenteux s'imposent. L'époque des traitements-punitions est révolue.

### Sommes-nous revenus quelques siècles en arrière ?

« L'époque actuelle n'est pas sans rappeler celle de Pinel, se désole pourtant Jean-Pierre Olié. Aujourd'hui, 20 % de la population carcérale souffre de schizophrénie. On remet dans un même lieu les malades mentaux et les délinquants. Exactement ce que Pinel avait voulu éviter... »



*La camisole de force est un outil que l'on voit régulièrement dans les œuvres de fiction traitant de la folie. Comme on peut le constater, la personne qui enfle cette tunique est limitée dans ses mouvements. Les bras également sont immobilisés. De cette façon, il devient plus facile pour le personnel psychiatrique de gérer un patient récalcitrant. © Marc NL, Wikipédia, DP*

Vivons-nous une marche arrière de plus de deux siècles, une sorte de flashback de la médecine qui par certains aspects, évoque un retour vers une forme d'exercice carcéral ? Est-ce un regain d'indifférence envers ceux qui souffrent de troubles mentaux ? Jean-Pierre Olié y voit plutôt « un signe de la dureté de notre société, qui a du mal à comprendre la théorie psychanalytique ».

## Une psychiatrie sanitaire plutôt que sécuritaire

« Il n'y a pas de malade dangereux, affirme Jean-Pierre Olié. Il existe, en revanche, des états mentaux porteurs de dangerosité. » Une impression de jouer sur les mots ? Pas vraiment. L'Académicien explique les trois conditions qui génèrent la dangerosité :

- une maladie psychiatrique non diagnostiquée, et donc non traitée ;
- une association entre maladie mentale et produits toxiques (alcool, cannabis...);
- et enfin l'état d'isolement du malade mental.

« L'addition de ces trois critères, chez un patient atteint de troubles psychiatriques, multiplie le risque d'un acte criminel par 8 à 12, en comparaison de ce que l'on peut observer dans la population générale. » Alors, comment éviter ces dangers ? « Les solutions seraient de favoriser un diagnostic le plus précoce possible, avec des traitements poursuivis aussi longtemps que nécessaire, une lutte plus efficace contre la tentation de prise de toxiques et l'identification – comme la mise en œuvre – de mesures sociales qui éviteraient au malade de se retrouver à la rue... »

## Vers quelle psychiatrie se tourne-t-on ?

En France, un premier Plan Santé mentale a été lancé entre 2005 et 2008 par le ministère en charge de la Santé. Mais selon Jean-Pierre Olié, il a « davantage considéré la périphérie de la psychiatrie, comme le dépistage des maladies dépressives, l'accompagnement psychologique de la population vieillissante... Or le cœur de la psychiatrie, ce sont les grandes maladies mentales, au premier rang desquelles la schizophrénie ».

Pour sa part, Nora Berra, secrétaire d'État chargée de la Santé, a récemment annoncé la mise en place prochaine, sans doute à l'automne, d'un nouveau Plan Santé mentale. S'il reconnaît que ce plan n'en est qu'à ses prémices, Jean-Pierre Olié estime que les professionnels sont en droit d'attendre :

- une redéfinition des champs de compétence de chaque professionnel dans la chaîne de soins (celles du psychiatre public, du psychiatre de ville, du psychothérapeute, du psychologue, de l'infirmier...);
- l'établissement d'un véritable état des lieux et des limites du champ d'action de la psychiatrie. Et en corollaire, l'identification des moyens dont elle a besoin et qui lui font aujourd'hui défaut ;
- une meilleure formation des médecins quels que soient leur discipline et leur mode d'exercice, dans le domaine de la prise en charge psychiatrique.

