



Merci

à tous ceux et celles
qui nous soutiennent
depuis tant d'années.

Vers un nouvel équilibre ...

C'est avec plaisir que les membres du comité de rédaction de l'Association canadienne pour la santé mentale, filiale de Montréal, vous offrent ce tout nouveau magazine **Équilibre** succédant au bulletin **Équilibre en Tête**.

Depuis son lancement en 1989 auprès de nos membres, il a vécu plusieurs transformations. En effet, le *Bulletin* est devenu subséquemment l'*Info-filiale* en 1991, *Équilibre en tête* en 1999, et a été revampé en 2004. Dans ce parcours, non seulement la facture s'est-elle améliorée, mais aussi le contenu enrichi qu'il fut par le comité, la direction des communications et des autres de toutes provenances, de l'usager en passant par l'intervenant terrain au chercheur universitaire.

Parallèlement, le nombre de pages est passé de 4 à 12, à 16 et à 24; le tirage est passé de

quelques centaines à plus de 1000 exemplaires et la diffusion élargie, des membres aux organismes communautaires et publics.

Il poursuit aujourd'hui son évolution dans le cadre de la nouvelle planification stratégique de l'ACSM ; il se rafraîchit, se renouvelle et propose d'augmenter sa visibilité et l'impact de ses actions dans la communauté. Cela fait écho au souhait du conseil d'administration et des comités de travail.

C'est donc de cette impulsion que naît un nouvel *Équilibre* qui nous l'espérons, saura vous plaire. Ce premier numéro propose une incursion dans la pharmacologie d'un point de vue social, culturel et humain. Johanne Collin, Lourdes Rodriguez, Marcelo Otero et Marie-Laurence Poiré ont accepté notre invitation.

Bonne lecture !

Cathy Bazinet, *directrice des communications*
Jacques Duval, *directeur général*

équilibre

Volume 1

Numéro 1

Hiver 2006



Pharmacologie et santé mentale

Dans ce numéro

Johanne Collin, Lourdes Rodriguez, Ellen Corin,
Marie Drolet, Marcelo Otero, Marie-Laurence Poirel



ASSOCIATION CANADIENNE
POUR LA SANTÉ MENTALE
FILIALE DE MONTRÉAL



Table des matières

8	Capsule Pharmaco : Recherche et développement vs Marketing
11	Capsule Pharmaco : Campagne de séduction auprès des médecins?
14	Suggestions de lecture
15	Capsule Pharmaco : De plus en plus d'ordonnances
19	Capsule Pharmaco : Rentabilité de l'industrie pharmaceutique
25	Capsule Pharmaco : Mondialisation et médication
30	Capsule Pharmaco : Augmentation du coût des médicaments
30	Ateliers sociologie clinique
31	Suggestions de lecture
36	Ressource Web : MÉOS – L'équipe de recherche sur le médicament comme objet social et culturel
47	Action Autonomie : Des libertés bien fragiles
39	Capsule Pharmaco : Le millepertuis : un antidépresseur naturel?
48	Au coeur de l'ACSM – Filiale de Montréal
57	Participants recherchés ! : Recherche sur les baby-boomers comme proches aidants
60	Devenez membre de l'Association
61	Commandez vos publications de l'Association

Mission

L'ACSM-Montréal est un organisme sans but lucratif dont la mission est la promotion et la prévention en santé mentale.

Présidente

Louise Blanchette

Directeur général

Jacques Duval

Membership

En devenant membre, vous recevrez Équilibre, serez invité aux colloques, aux conférences et à l'assemblée générale annuelle. Pour ce faire, faites parvenir un chèque au montant de :

- organisme public : 30 \$
- ressource communautaire : 25 \$
- personne rémunérée : 25 \$
- personne non-rémunérée et étudiant : 10 \$

À l'ordre de :

ACSM-Montréal
847, rue Cherrier, bureau 201
Montréal (Québec) H2L 1H6

Tél. : (514) 521-4993

Télééc. : (514) 521-3270

Courriel : acsmmtl@cam.org

Équilibre

Cette publication est le journal officiel de l'ACSM-Montréal. Il est un outil privilégié de communication et d'information entre les partenaires du secteur de la santé mentale. Il favorise l'échange d'idées afin de promouvoir la santé mentale et l'acceptation pleine et entière des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Les articles n'engagent que les auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'ACSM-Montréal, à moins que ce ne soit indiqué. Toute reproduction est permise en mentionnant la source complète. Afin de faciliter la lecture, le masculin est utilisé à titre épicène.

Éditeur

Association canadienne pour la santé mentale, Filiale de Montréal

Coordonnatrice de l'édition

Cathy Bazinet

Comité éditorial

Jacques Meloche, président
Louise Blanchette
Marcelo Otero
Michel Perreault

Dépôt légal – 1er trimestre 2006

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISSN 1718-1445

Un organisme appuyé par





DOSSIER PHARMACOLOGIE ET SANTÉ MENTALE

L'accroissement du recours aux médicaments psychotropes : de la maladie au « mal de vivre »

Johanne Collin

Assiste-t-on à une certaine banalisation du recours aux médicaments psychotropes dans la gestion des conduites, des émotions, des façons « d'être au monde » au sein des sociétés occidentales contemporaines ?



DOSSIER PHARMACOLOGIE ET SANTÉ MENTALE

Limites du rôle de la médication psychiatrique dans le processus de réhabilitation du point de vue des usagers.

Lourdes Rodriguez

Ellen Corin

Marie-Laurence Poirel

Marie Drolet

Quelle perception ont les usagers des pratiques entourant la prescription de médicaments ? Quelles sont les pratiques les plus aidantes de leur point de vue ?



ALLOCUTION DU COLLOQUE DU 5 MAI

La santé mentale enfermée entre le corps et la norme

Marcelo Otero

Nous sommes en présence d'une véritable épidémie de problèmes de santé mentale pour laquelle on dispose de moyens diagnostiques et thérapeutiques très efficaces qui toutefois ne guérissent pas. La sociologie peut-elle nous aider à voir plus clair dans cet univers de paradoxes ?



RECHERCHE

Comprendre et répondre à la détresse psychique postnatale des femmes : Le point de vue d'intervenantes en périnatalité dans la communauté.

Marie-Laurence Poirel

Le modèle médical de la dépression postnatale représente-t-il un axe intégrateur des points de vue qui s'y expriment sur la détresse psychique des femmes pendant la période postnatale et sur les réponses qu'elle reçoit et qu'elle appelle ? Et que peuvent nous apprendre à cet égard les points de vue exprimés sur le médicament psychotrope comme réponse à cette expérience de détresse ?

L'accroissement
du recours aux
médicaments
psychotropes :

de la maladie mentale au « mal de vivre »

Johanne Collin

Chercheure et professeure
agrégée, Secteur socio-
économie du médicament

*Faculté de pharmacie de
l'Université de Montréal*

Le recours aux médicaments psychotropes au Québec, tout comme dans l'ensemble des sociétés contemporaines, enregistre depuis quelques décennies une hausse considérable. On constate également un élargissement des frontières du pathologique dans le champ de la santé mentale et une réelle difficulté à départager, d'un point de vue statistique, le « noyau dur de la maladie mentale » d'un « mal de vivre » affectant de façons diverses les acteurs sociaux. Par rapport à ce phénomène, il semble que l'on puisse avancer la thèse d'une certaine banalisation du recours aux médicaments psychotropes dans la gestion des conduites, des émotions, des façons « d'être au monde » au sein des sociétés occidentales contemporaines. Après avoir dressé le portrait de cet accroissement, je m'efforcerai d'identifier différents niveaux de facteurs susceptibles d'expliquer le phénomène.

Le médicament : bien plus qu'un simple outil thérapeutique

Le médicament représente beaucoup plus qu'un simple objet technique ou bien de consommation. Il constitue un objet social qu'il importe de considérer comme tel. Il traverse en quelque sorte un « cycle de vie » au cours duquel son rôle et ses finalités se construisent socialement et culturellement en même temps qu'il transforme les dynamiques et rapports sociaux dans lesquels il s'inscrit. Signe tangible du pouvoir de guérir des médecins et incarnation de la technologie moderne, il constitue l'un des vecteurs de structuration de nos rapports au corps et à la maladie. Le médicament médiatise et transforme la relation entre consommateur et producteur, patient et professionnel mais éventuellement aussi entre individu et société.

La symbolique du médicament transcende les propriétés

thérapeutiques de ces substances. Peu d'expériences humaines comportent une charge symbolique aussi forte que le geste ordinaire d'ingérer des médicaments. Les médicaments psychotropes n'échappent pas à cette règle mais au contraire, contribuent à la renforcer. Les représentations sociales du médicament constituent à la fois des interprétations de la réalité concrète et des phénomènes complexes qui ont un sens pour les acteurs. Par conséquent, elles orientent leurs pratiques et façonnent les politiques et institutions qui les sous-tendent. Ces représentations s'inscrivent alors dans un double travail de traduction et de construction de la réalité : travail de traduction à travers le regard direct qu'elles procurent sur les perceptions, attitudes et valeurs d'acteurs inscrits dans des rapports so-



Le médicament représente beaucoup plus qu'un simple objet technique ou bien de consommation. Il constitue un objet social qu'il importe de considérer comme tel. [...] Le médicament médiatise et transforme la relation entre consommateur et producteur, patient et professionnel mais éventuellement aussi entre individu et société.

ciaux spécifiques face aux médicaments et donc sur les processus symboliques organisant ces rapports; travail de construction à travers les pratiques sociales qu'elles contribuent à forger. Représentations et effets tangibles associés aux médicaments concourent donc à moduler et structurer les rapports sociaux entre groupes et entre individus et collectivités.

Parce qu'il incarne bien davantage qu'une simple biotechnologie, le recours au médicament dans nos sociétés occidentales s'inscrit dans des logiques qui débordent large-

ment le champ du médical. Ces logiques diverses (hédonistes, productivistes, commercialistes, cosmétiques ou idéologiques) sont, en bonne partie, responsables de la place grandissante qu'occupe le médicament dans notre quotidien. Quelques chiffres, d'abord, témoignent du recours croissant au médicament dans nos sociétés. Ainsi la part des médicaments prescrits et non prescrits dans l'ensemble des dépenses de santé au Canada a presque doublé entre 1985 à 2003, passant de 9% à plus de 16% de l'ensemble des dépenses.

Or cette augmentation est globalement attribuable à un accroissement de la consommation de médicaments bien davantage qu'à une augmentation des prix des médicaments. Ainsi selon les données des enquêtes de Santé Québec, la part des individus ayant consommé au moins un médicament dans les deux jours précédant l'enquête est passé de 44,7% à 53,1% entre 1987 et 1998, alors qu'elle a plus que doublé (de 8,3% à 17%) chez les personnes ayant fait usage de trois médicaments et plus.

L'accroissement du recours au médicament psychotrope

En regard de cet accroissement généralisé, celui du recours aux psychotropes est particulièrement spectaculaire. À titre d'exemple, chez les personnes âgées, la consommation de benzodiazépines (somnifères et tranquillisants mineurs) représente de 20 à 30% de la population non institutionnalisée au Québec¹. Chez les enfants et les jeunes, ce sont les stimulants, neuroleptiques et autres psychotropes dont la prescription est en hausse. En progression constante en clinique pédiatrique, dans les écoles et surtout en milieu institutionnel, la prescription serait de 35% dans les Centres jeunesse québécois². Enfin, chez les adultes en «panne de fonctionnement», ce sont les antidépresseurs qui sont à l'honneur : hausse de la consommation importante ici, où le diagnostic de dépression se situe au deuxième rang des motifs de consultation³, mais plus encore en France où la prescription d'antidépresseurs a doublé entre 1995 et 2000⁴.

L'augmentation de ce recours suscite évidemment plus de questions que de réponses. Assiste-t-on à un accroissement des problèmes de santé mentale? Ou bien plutôt à un meilleur repérage de ceux-ci à travers la mise au point d'outils diagnostiques plus efficaces? (ou les deux?). Est-on devant le développement d'une sensibilité clinique (notamment de la part des médecins généralistes qui demeurent les prin-

cipaux prescripteurs) plus attentive aux dimensions psychologiques? Ou bien devant les effets d'une pression accrue à la prescription? Enfin, et peut-être surtout, n'assisterait-on pas à un abaissement du seuil de tolérance, dans nos sociétés occidentales, face aux dysfonctionnements sociaux et à la souffrance psychique?

Lorsque l'on se penche sur la problématique particulière à chaque groupe visé par le recours aux médicaments psychotropes, certains éléments de réponse se profilent. En ce qui concerne les enfants et les jeunes, on constate l'apparition d'une nouvelle catégorie nosologique, celle des troubles des conduites dans le DSM, ciblant l'impulsivité, l'agressivité et les troubles de comportements. La recherche, dans ce champ, est largement orientée vers l'établissement des bases neurophysiologiques de ces troubles, ce qui nous renvoie au constat de la fragilité des fondements empiriques sur lesquels reposent actuellement la prescription. Dans ce cas, l'intensité de la pression institutionnelle (dans les écoles, comme dans les Centres Jeunesse) exercée par différents acteurs constitue assurément l'un des facteurs conduisant à la prescription. En ce qui concerne les «adultes», on constate l'hétérogénéité des symptômes associés au syndrome dépressif, et l'ambiguïté diagnostique à laquelle elle conduit. Malgré ce flou, l'efficacité de la molécule serait en partie porteuse d'un élargissement



que l'on constate au registre de son utilisation. Quant aux personnes âgées, leur recours aux benzodiazépines, c'est-à-dire aux tranquillisants mineurs et somnifères, constitue une préoccupation importante de santé publique, puisque cette consommation répandue et chronique entraîne des risques d'interactions médicamenteu-

ses, de troubles cognitifs, de chutes, etc.⁵.

Dans les trois cas, Il ne s'agit pas ici de nier l'existence et la prégnance des problèmes de santé mentale dans nos sociétés, mais plutôt de mettre en évidence qu'une partie du recours aux médicaments psychotropes concerne la zone grise entre pathologie et inconfort

psychique. Dès lors, l'ampleur du recours aux psychotropes ne constitue pas forcément un indicateur valable de la prévalence des problèmes de santé mentale. Après avoir fait le point sur cette question, nous allons nous pencher sur les rationalités qui sous-tendent les pratiques de prescription et de consommation de ces médicaments.

Médicaments psychotropes et problèmes de santé mentale : quel rapport ?

Un des mythes associés à la question des médicaments psychotropes consiste à appréhender leur prescription/consommation comme un traceur de la prévalence de problèmes de

santé mentale avérés ou perçus comme tels. En d'autres termes, on tend à considérer les statistiques de recours aux médicaments psychotropes comme une mesure précise de l'am-

pleur des problèmes de santé mentale. Tel n'est cependant pas le cas. Il existe, dans les faits, une relative autonomie entre ces deux phénomènes. Celle-ci est particulièrement

CAPSULE PHARMACO

Recherche et développement vs Marketing

Au cours des dix dernières années (1991-2000), neuf compagnies pharmaceutiques (Merck Co., Bristol-Myers Squibb Co., Pfizer Inc., Abbott Laboratories, Warner-Lambert Co., Eli Lilly Co., Schering-Plough Corp., SmithKline Beecham, et GlaxoWellcome) ont dépensé 316 milliards \$ U.S. en frais de marketing et d'administration contre 113 milliards \$ U.S. en frais de recherche et de développement, soit 2,8 fois plus (Hasbani Marc,

Lauzon Léo-Paul). Les prétentions des entreprises pharmaceutiques quant à la nécessité de hausser leurs prix de vente pour faire face à leurs besoins d'investissement en recherche et développement ne tiennent pas. La vente des médicaments constitue donc, et de loin, la priorité des pharmaceutiques plutôt que le besoin d'en créer de nouveaux à des coûts moindres.

(<http://www.uqam.ca/nouvelles/2002/02-033.htm>)

évidente lorsque l'on considère le groupe des personnes de 65 ans et plus, chez qui le phénomène du recours est non seulement répandu, mais suffisamment ancien pour en permettre une analyse fine.

En effet, l'association entre la santé mentale et la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées a fait l'objet de plusieurs études⁶. Le plus souvent, ces études partent du postulat de problèmes psychologiques préexistants. On invoque la diminution du bien-être psychologique, voire l'apparition d'une détresse se manifestant par l'anxiété, l'insomnie, etc. Ces changements seraient généralement liés à un événement déclencheur (perte du conjoint ou d'un proche, perte de la maîtrise des événements familiaux ou extérieurs, crainte des cambriolages, des agressions, etc.) D'autres facteurs ont par ailleurs également été associés au phénomène. Les consommateurs de psychotropes seraient, plus souvent que les non consommateurs, atteints de problèmes de santé physiques⁷. En outre, plusieurs auteurs ont suggéré un lien entre l'isolement, le manque de support social et la consommation de médicaments psychotropes. Ces personnes âgées auraient tendance à éprouver un sentiment d'isolement et d'insatisfaction vis à vis du soutien social qui leur est offert⁸. À l'inverse, la satisfaction dans la vie leur conférerait une protection contre l'usage des psychotropes⁹.

Cependant, si le lien entre santé mentale et psychotrope était, jusqu'à récemment, pris pour acquis, il est de plus en plus remis en question. Il faut voir que plusieurs des études établissant ce lien comportent des limites relativement importantes, comme le fait, par exemple, d'englober dans une même catégorie benzodiazépines, antidépresseurs et neuroleptiques ou autres types de psychotropes destinés à soigner les problèmes de démence¹⁰. Par ailleurs, des études récentes ont fait le constat de la consommation de médicaments psychotropes au long cours chez des personnes âgées ne présentant pas de problèmes d'anxiété ou de dépression¹¹. En outre, des études ont montré qu'entre 42% et 75% des patients âgés ayant reçu une prescription de psychotropes ne présentaient pas d'évidences de morbidité psychiatrique ou d'indication médicale fondée¹².

Si le sens et la force de la relation entre santé mentale et psychotropes sont difficiles à établir, c'est donc qu'il faut envisager une relative autonomie entre ces deux phénomènes. Cette non correspondance nous questionne sur les rationalités qui sous-tendent l'acte de prescrire chez les médecins. Comment et sur quoi se fonde le jugement clinique? Quels sont les facteurs qui influent sur la décision de prescrire? Comment se déroule la rencontre entre médecin et patient lors de la consultation médicale?

Un des mythes associés à la question des médicaments psychotropes consiste à appréhender leur prescription/ consommation comme un traceur de la prévalence de problèmes de santé mentale avérés ou perçus comme tels. En d'autres termes, on tend à considérer les statistiques de recours aux médicaments psychotropes comme une mesure précise de l'ampleur des problèmes de santé mentale.

Rx _____
 Name: _____ Age: _____
 Address: _____ Date: _____

LIG #12345 BID #12345-1234-12



Label
 No Substitution

SEE REVERSE FOR VERIFICATION

Tel: 555-1234 Fax: 555-4321
 Signature: _____ M.D.

REPEAT	1	2	3	4	5	PRN	NR
--------	---	---	---	---	---	-----	----

Qu'est-ce qui sous-tend la décision de prescrire ?

À ce jour, les études ont démontré l'influence des caractéristiques socio-démographiques, des connaissances, ainsi que des contextes de pratique des médecins, sur leurs profils de prescription. Mais il y a plus. Il faut prendre en compte le poids des facteurs subjectifs, des valeurs et des cultures (médicale et profane) qui s'actualisent dans l'interaction entre médecin et patient et qui fait qu'une prescription jugée inadéquate en regard des critères pharmacologiques établis, peut très bien être soutenue, du point de vue du médecin, par une rationalité qui déroge aux

normes scientifiques imposées par les experts ou par la communauté médicale¹³. La pression de la demande du patient, l'inconfort à refuser de prescrire, le désir de conserver une relation de confiance, la compassion, l'incertitude face au diagnostic, représentent autant d'éléments qui permettent d'expliquer la prescription de psychotropes sans évaluation clinique formelle¹⁴.

Le cas du recours aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées a certes été le plus étudié jusqu'ici. On ne saurait, pour autant, le considérer comme un cas «à part». La problématique de la

prescription de psychotropes aux enfants et aux adolescents en centres jeunesse suggère également de semblables dynamiques, alors qu'on parle littéralement d'une explosion du nombre d'ordonnances depuis le début des années 1990 en Amérique du Nord. Le cas des antidépresseurs, depuis la mise en marché des ISRS, en constitue potentiellement une autre illustration.

Ce qui se passe dans le cabinet du médecin s'avère être, à cet égard, un des éléments-clés d'une nouvelle compréhension du phénomène. Les motifs de prescription et les logiques de recours sont des

CAPSULE PHARMACO

Campagne de séduction auprès des médecins ?

Les activités de promotion auprès des médecins représentent 85 % de l'ensemble des dépenses engagées par les pharmaceutiques en matière d'activités promotionnelles. Ces activités englobent

les rencontres avec les médecins (cabinets et milieu hospitalier), la distribution d'échantillons gratuits et la parution d'annonces publicitaires dans les revues médicales.

(Frank R., E. Berndt, J. Donohue et al., *Trends in Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs*, Kaiser Family Foundation, février 2002. www.kff.org, publication 3162.)

dimensions incontournables à partir desquelles se profile manifestement, là aussi, une certaine autonomie entre prescription de psychotropes et diagnostics de santé mentale. Ainsi, les diagnostics à *posteriori*, qui viennent justifier la prescription plutôt que de la précéder, les contingences de pratique qui obligent à des durées de consultation très courtes, les demandes précises et insistantes de la part des patients pour la prescription de tel ou tel médicament, les échantillons distribués gratuitement aux médecins, sont autant de grains de sable dans les rouages de cette mécanique présumée infaillible du jugement clinique et de la prescription optimale.

À ce jour, les études ont démontré l'influence des caractéristiques socio-démographiques, des connaissances, ainsi que des contextes de pratique des médecins, sur leurs profils de prescription. [...] La pression de la demande du patient, l'inconfort à refuser de prescrire, le désir de conserver une relation de confiance, la compassion, l'incertitude face au diagnostic, représentent autant d'éléments qui permettent d'expliquer la prescription de psychotropes sans évaluation clinique formelle.



La banalisation du recours au médicament psychotrope

Si la question de la prescription de psychotropes aux enfants et aux jeunes, dans les écoles ou en Centres Jeunesses s'effectue en contexte d'autorité, dans un cadre institutionnel plus ou moins rigide et selon des paramètres institutionnels qui en balisent le recours, il semble que la prescription chez les personnes âgées et les adultes dans la vie active s'effectue avec une certaine parenté de moyens. Ainsi, elle est largement le fait des médecins de famille et généralistes plutôt que des psychiatres. De surcroît, la banalisation du geste de prescrire, tout comme celle d'ingérer le médicament au quotidien, semble également constituer une expérience commune.

En ce qui concerne les benzodiazépines, prescrits et re-prescrits sur de très longues périodes aux personnes âgées¹⁵, la banalisation est fortement soutenue par un discours mé-

dical qui tend à minimiser les risques liés à ces produits. Dans ce cas précis, effectivement, de faibles dosages, associés à une utilisation facultative¹⁶, font apparaître le psychotrope comme un médicament dont il est improbable qu'il ait des effets toxiques ou soit véritablement dangereux. Dans le cas des antidépresseurs, bien que l'on puisse supposer un encadrement médical plus ferme ou plus directif¹⁷, la banalisation survient néanmoins à travers l'usage à long terme qui en est préconisé par l'autorité médicale. En effet, même si la perspective d'un usage chronique fait naître chez certains patients la crainte de développer une dépendance à l'endroit du médicament, elle est largement contrebalancée par l'effet rassurant de la sanction médicale. À cela s'ajoute le contexte de la prescription. Celle-ci survient, le plus souvent, lors de la consultation avec un médecin de famille, un non-spécialiste en

santé mentale, dans un cadre de médecine courante (en clinique ou bureau privé), cadre plus familier, donc, que celui que procure un environnement hautement spécialisé et « technologisé ».

Ainsi par une sorte d'effet paradoxal, tout se passe comme si la consommation de psychotropes constituait un fait ordinaire, l'encadrement de la prescription ayant pour résultat de rassurer, et donc, d'en banaliser l'utilisation plutôt que de le limiter. Baliser ainsi l'usage des psychotropes semble avoir, aux yeux des consommateurs, l'effet un peu magique d'enlever au médicament son potentiel de risque et d'ajouter à une légitimité déjà bien établie, à travers la vulnérabilité psychologique nommée et entérinée par l'autorité médicale. Cet usage encadré, circonscrit, contrôlé, ou du moins se voulant comme tel, inscrit l'acte de consommer, comme du reste celui de prescrire, dans la norme sociale.

Médicament psychotrope et société

La réflexion sur le lien social, déjà amorcée à travers la prescription et la consommation ne peut que nous questionner sur les dynamiques plus fondamentales susceptibles d'expliquer le recours croissant aux psychotropes. Il faut en effet situer leur usage dans le contexte des transformations so-

ciéoéconomiques que connaissent les sociétés contemporaines et dont l'instabilité contribue à amplifier les problèmes d'adaptation des populations.

Ainsi, malgré de multiples spécificités, les sociétés occidentales contemporaines partagent l'expérience de l'essor d'une forme bien particulière

d'individualisme : celui d'un individualisme de masse. Sans parler d'un réel délitement du lien social, on remarque en effet une transformation des dynamiques sociales, une restructuration des liens familiaux et intimes, mais également des rapports au politique et à l'économique. On constate en outre

un effacement des structures collectives d'entraide et de support ayant historiquement joué un rôle de médiation entre l'individu et les exigences de la société à son endroit. Celui-ci est désormais tenu de faire des choix, de faire face à la multiplication des possibles, de vivre sous l'injonction de l'autonomie plutôt que sous le primat de l'autorité¹⁸. Il est sommé de croire en lui-même, de multiplier les efforts de performance et de paraître, pour être à la hauteur des attentes de la société mais également –et surtout– des siennes propres.

Dans cette nouvelle configuration des rapports sociaux, la maîtrise de sa façon d'être au monde, de ses comportements et de ses émotions, devient un impératif pour répondre à la norme sociale, condition sine qua non de son intégration dans la société. Or, la notion de perte de contrôle de soi –de ses comportements, ses émotions ou de sa pensée– constituerait le dénominateur commun des formes de désordres répertoriés dans le DSM, qu'il s'agisse des désordres des humeurs, de l'anxiété, du

sommeil, de l'adaptation, de la personnalité, etc¹⁹.

Le recours grandissant au médicament psychotrope dans nos sociétés n'est pas indifférent aux promesses qu'il recèle quant au contrôle et à la standardisation des façons d'être au monde. Le «bien mourir», le «bien réagir», le «bien accepter», le «bien souffrir» même sont à l'ordre du jour et façonnent des rapports au monde standardisés jusque dans le plus intime de soi-même et de sa corporéité, de ses aspirations, de son identité. +

- 1 J. Collin et J. Ankri, «La problématique de la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées en France et au Québec», *Gérontologie et société*, no 107, 2003, p. 149-165.
- 2 D. Lafortune, C. Laurier et F. Gagnon, «Prévalence et facteurs associés à la prescription de médicaments psychotropes chez les sujets placés en Centre Jeunesse», *Revue de psychoéducation et d'orientation*, vol. 34, no 1, 2004, p. 157-176.
- 3 Intercontinental Marketing Services Health (IMS-2003). www.imshealth-canada.com/html/fr/3_2.htm.
- 4 P. Le Moigne et al., *La dépendance aux médicaments psychotropes*. Approches, données, expériences, Rapport de recherche de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), Paris, CESAMES, 2004.
- 5 D. Cohen et J. Collin, *Les toxicomanies liées aux médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants : recension et analyse des écrits. Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie : orientations et stratégie*. Groupe de travail sur la prévention des toxicomanies, Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec, 2000, 145 p.
- 6 J. Ankri, J. Collin, G. Pérodeau et B. Beaufils, «Médicaments psychotropes et sujets âgés. Une problématique commune France-Québec». *Sciences sociales et santé*, vol. 20, no 1, 2002, p. 35-62.
- 7 S. Weyerer et H. Dilling, «Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics and use of psychotropic drugs in the community : Results from the upper Bavarian Field Study» *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 44, 1991, p. 303-311.
- 8 T.M. Gustafsson, D.G.L. Isacson, M. Thorslund et D. Sörbom, «Factors Associated with psychotropic drug use among the elderly living at home». *The Journal of Applied Gerontology*, vol. 15, no 2, 1996, p. 238-254.
- 9 D. Larose, «Les habitudes de consommation de psychotropes chez les personnes âgées». *Santé mentale au Québec*, vol. 21, no 1, 1996, p. 291-296.
- 10 Gustafsson et al., 1996; Allard et al., 1995
- 11 P. Voyer, «La relation entre la santé mentale et la consommation de psychotropes chez les aînés vivant dans la communauté», Thèse de doctorat, Faculté de nursing, Université de Montréal, 2000.
- 12 R.R. Aparasu, J.R. Mort et S. Sitzman, «Psychotropic prescribing for the elderly in office-based practice». *Clinical Therapy*, vol. 20, no 3, 1998, p. 603-616; R.M. Tamblin «Medication use in seniors : challenges and solutions». *Thérapie*, vol. 51, no 3, 1996, p. 269-282.
- 13 J. Collin, N. Damestoy et R. Lalonde, «La construction d'une rationalité : les médecins face à la prescription de médicaments psychotropes aux personnes âgées» *Sciences sociales et santé*, vol. 17, no 2, 1999, p. 31-53.
- 14 V. Chinburapa, L.N. Larson and M. Brucks, «Physician Prescribing Decisions : the Effects of Situational Involvement and Task Complexity on Information Acquisition and Decision Making». *Social Science & Medicine*, vol. 36, no 11, 1993, p. 1473-82; R. Schwartz, S. Soumerai and J. Avorn, «Physician Motivations for Nonscientific Drug Prescription. *Social Science & Medicine*» vol. 28, no 6, 1989, p. 577-82; C. Bradley, «Uncomfortable Prescribing Decisions : A Critical Incident Study» *British Medical Journal*, vol. 304, 1992, p. 294-96.
- 15 Collin et al., 1999
- 16 Ces médicaments sont, le plus souvent, l'objet d'une prescription p.r.n. (au besoin)
- 17 La prudence est ici de mise puisqu'il existe encore très peu d'études sur les logiques de prescriptions et recours aux antidépresseurs.
- 18 Ehrenberg, A., *La fatigue d'être soi. Dépression et société.*, Paris, Odile Jacob, 1998.
- 19 Massé, R., *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Boucherville, Gaëtan Morin Éditeur, 1995.

Suggestions de lecture



Tomber sept fois, se relever huit

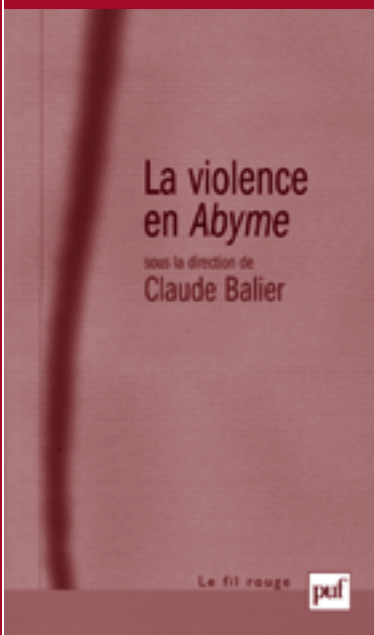
Philippe Labro

Éditions Albin Michel

«Quelque chose a changé». Avec ces quatre mots, commence le nouveau récit de Philippe Labro. Ce «quelque chose» n'est autre que le début de la plongée dans une dépression nerveuse dont il a été victime entre septembre 1999 et mai 2001. L'histoire s'amorce dans ses bureaux de «patron» de RTL et se termine au festival de Cannes où il siège comme juré. Entre ces deux moments, le lecteur va suivre les «séquelles du malheur» et les «séquences du bonheur» d'un homme qui «craque» au sommet de sa réussite, et qui va dire la vérité sur cette maladie qui touche, a touché et touchera un Français sur cinq. L'auteur de *La Traversée* raconte sans fard ni concession ce que signifie perdre le désir, la passion, l'estime de soi. Il restitue cette «tristesse sans larmes», ce «novembre de l'âme» et dit «comment c'était». Il évoque les effets de «la broyeuse» qui vous ronge le ventre, la tentation du suicide, la dé-

gradation de son image, les dialogues avec le psychiatre, les anti-dépresseurs et leurs séquelles, un court et terrible séjour en hôpital.

Mais ce témoignage unique constitue aussi une éclatante affirmation de la force de la vie. Avec la patience, la compréhension et l'amour de ses proches, «on peut s'en sortir», jure Philippe Labro.



La violence en Abyme

Sous la direction de Claude Balier

Presses Universitaires de France

Collection Le fil rouge

La violence destructrice, tel est notre sujet. Il est habituel de la sanctionner, d'exclure son auteur, d'en faire un monstre. Que peut dire le psychanalyste, au-delà de la reconnaissance d'une pulsion de mort ?

La violence est aussi en nous. Pour la saisir, il faut vivre au premier degré, accompagner le monstre, ainsi l'intégrer parmi nous. Mais sans quitter un deuxième degré, celui qui nous la fait percevoir à distance, cette fois chargée de sens lui donnant un contenant. Telle est notre vision...en abyme.

À partir d'un vécu immédiat chargé de quelque angoisse et souffrance, de quelle nature sont faits les mouvements intérieurs, qui nous portent au recul : images fantasmées, affects, pensées, références à d'autres, pairs ou anciens, et aussi vécus corporels, tensions, réveils de plaisirs secrets ? C'est aussi insaisissable que les

processus tertiaires dont parle Green, capable d'établir un lien entre primaire et secondaire.

Le «miroir en abyme», belle expression de Lebovici : tel j'ai eu le sentiment d'être, parfois dans le regard du criminel.

CAPSULE PHARMACO

De plus en plus d'ordonnances

Auteur : Comité permanent de lutte à la toxicomanie
<http://www.cplt.com/publications>

1.3.1 Adhérents montréalais à la Régie de l'assurance maladie du Québec

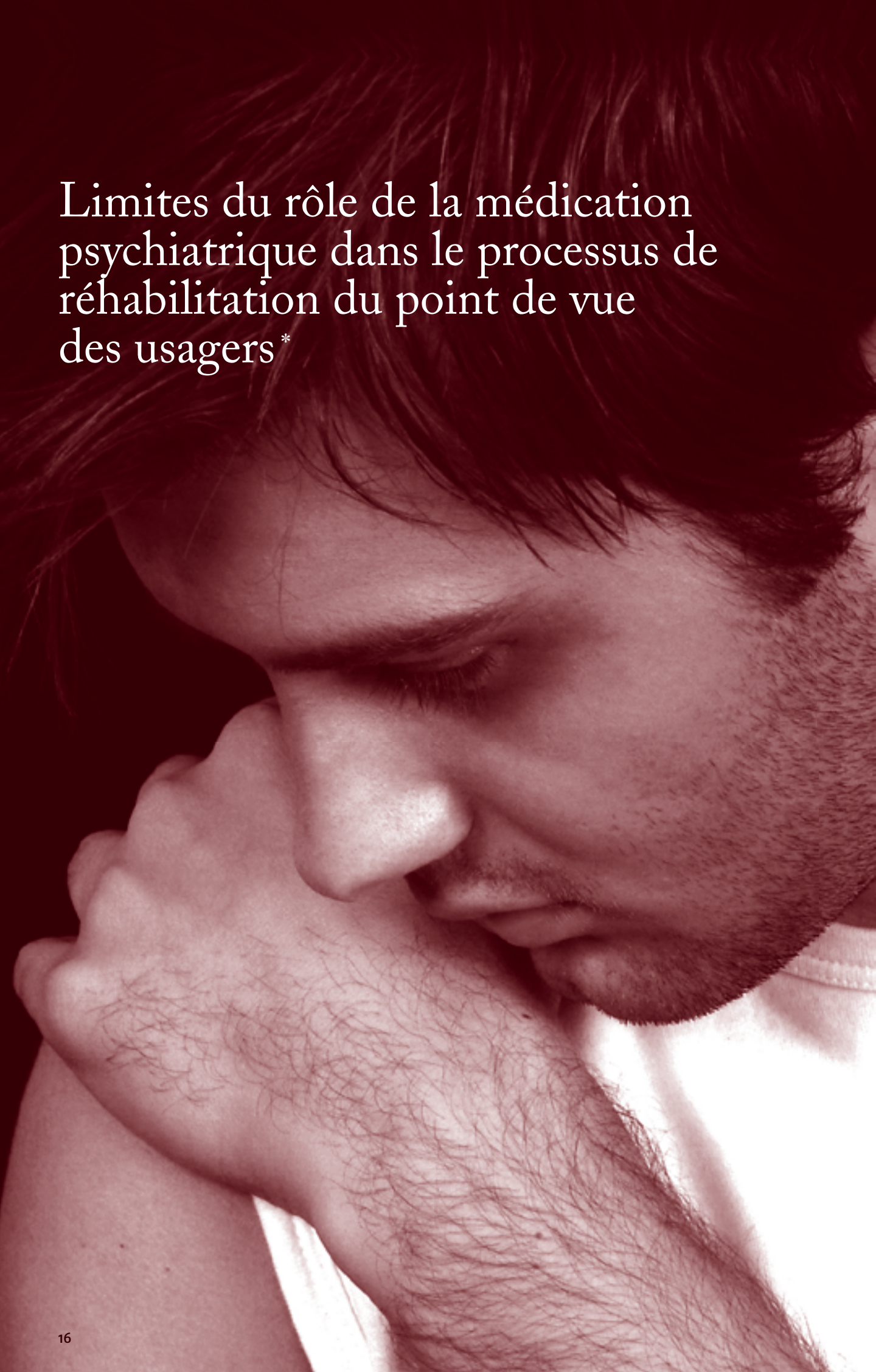
Pourcentage d'ordonnances de médicaments psychotropes chez les adhérents montréalais à la RAMQ en 2001, 2002 et 2003

	Pourcentage d'ordonnances		
	2001	2002	2003
Nombre total d'ordonnances de tous médicaments	3 326 499	3 518 493	3 611 940
Anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques	4 %	3,7 %	3,5 %
Antidépresseurs et tranquillisants majeurs	7 %	7,4 %	7,8 %
Total des médicaments psychotropes	11 %	11,1 %	11,3 %

Source : Régie de l'assurance maladie du Québec

Chez les adhérents montréalais à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), le pourcentage d'ordonnances de médicaments psychotropes, occupe la première place parmi tous les médicaments avec 11% des ordonnances en 2001, 11,1% en 2002 et 11,3% en 2003. Il est à noter que la situation est la même pour l'ensemble du Québec. En effet, en comparant les données de Montréal à celles du Québec en 2001, on constate que pour l'ensemble du Québec, le pourcentage d'ordonnances de médicaments psychotropes occupe aussi la première place parmi tous les médicaments avec 11,2% des ordonnances en 2001. Parmi les médicaments psychotropes, on remarque que les antidépresseurs et les tranquillisants majeurs (aussi appelés antipsychotiques) occupent la première place et tendent à augmenter en pourcentage d'année en année avec 7% en 2001, 7,4% en 2002 et 7,8% en 2003; tandis que les anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques (aussi appelés tranquillisants mineurs) occupent la seconde place et tendent à diminuer en pourcentage d'année en année avec 4% en 2001, 3,7% en 2002 et 3,5% en 2003.





Limites du rôle de la médication
psychiatrique dans le processus de
réhabilitation du point de vue
des usagers *

«la médication c'est tellement souffrant, c'est plus souffrant que la maladie»

(Utilisatrice des services en santé mentale).

Lourdes Rodriguez
Ellen Corin
Marie-Laurence Poirel
Marie Drolet

Le recours systématique à la médication en psychiatrie a profondément transformé les manifestations et l'expérience des problèmes de santé mentale. Pour la psychiatrie contemporaine, les psychotropes se présentent comme la forme de traitement prioritaire. On leur attribue, notamment, le succès de la désinstitutionnalisation et l'humanisation des pratiques. Sur le plan clinique, le contrôle de certains symptômes par l'emploi de substances chimiques aurait permis l'ouverture des portes de l'asile, la réduction des pratiques de contention et l'accès à une vie « normalisée ». Elle aurait aussi permis une diminution de la stigmatisation et de la marginalisation pour beaucoup de patients considérés désormais comme étant des « malades comme les autres ». Sur le plan de la recherche, l'étude des effets des substances chimiques sur les symptômes psychiatriques et les comportements des patients aurait conduit à développer des hypothèses quant à l'origine biochimique des maladies mentales. Associés aux avancées de la recherche neurobiologique (imagerie cérébrale, rôle des neurotransmetteurs, origine génétique des troubles psychiatriques, etc), ces développements permettraient d'asseoir sur des bases expérimentales une psychiatrie en quête de légitimité au sein de l'univers des sciences médicales.

Une telle lecture demeure néanmoins superficielle. En Amérique du Nord, le traitement pharmacologique s'est inscrit de plus en plus dans une approche essentiellement biomédicale des problèmes de santé mentale. Il tend à s'imposer comme la seule hypothèse valide concernant la genèse des symptômes et la façon de les traiter; les autres perspectives se trouvent dès lors réduites à un rôle de soutien. Sur le plan des connaissances, ce mouvement représente une rupture avec les conceptions psychosociales et anthropologiques de la santé mentale. En effet, la psychiatrie s'est traditionnellement constituée en tension entre les perspectives biomédicales et celles provenant des sciences humaines (Lanteri-Laura cité par Corin, 1993 et 1998). Nourrie par l'incertitude qui domine le champ des problèmes de santé mentale, cette tension a permis à la clinique et à la recherche de tenir compte de la complexité des situations vécues par les personnes aux prises avec de graves problèmes en santé mentale. Cette tension semble s'être brisée en faveur de l'hégémonie du courant biomédical qui réduit la compréhension des problèmes à des symptômes à traiter par une médication spécifique (Corin, 1993, 1998).

On peut se demander sous quelles conditions l'emploi de la médication face aux problèmes de santé mentale peut effectivement, soit constituer un instrument au service de l'amélioration et de l'élargissement de la capacité d'agir et d'être des personnes, soit au contraire accentuer une expérience d'aliénation et de souffrance. La réflexion proposée dans cet article part du point de vue

des personnes qui consomment des psychotropes, un point de vue qui a souvent été négligé dans la recherche et l'intervention. On tient peu compte de l'impact que la consommation régulière de psychotropes a sur le rapport à soi et aux autres et de sa signification pour la personne et son entourage¹.

La perspective adoptée ici veut contribuer à évaluer les pratiques en santé mentale «de l'intérieur», c'est-à-dire à partir du point de vue des personnes à qui elles s'adressent. Nous voulons rester au plus proche de leurs paroles et des difficultés dont ces personnes nous ont fait part, mais aussi de leurs rêves et de leurs projets afin de comprendre la place qu'occupent les diverses pratiques disponibles dans leur trajectoire et dans leur vie quotidienne (Rodriguez, Corin, Guay, 2000). Une écoute de ce type permet d'identifier les conditions qui, du point de vue des personnes directement concernées, viennent soutenir ou empêcher une prise de pouvoir sur leur vie, celles qui contribuent à élargir leur capacité d'agir de manière significative dans le monde, brisant ainsi le cercle de l'exclusion.

À partir de ce que les personnes nous ont dit, nous tenterons de dégager des conclusions concernant la perception qu'ont les usagers des pratiques entourant la prescription des médicaments et d'identifier les pratiques les plus aidantes de leur point de vue, ainsi que les limites d'une réponse à la souffrance qui passe presque exclusivement par la prescription de médicaments.

La voix des usagers : signification de la médication et sa place dans la vie des personnes

Il est difficile de tracer un portrait uniforme des expériences que vivent les personnes amenées à consommer des psychotropes. Notre recherche indique que le moment du premier contact avec la psychiatrie se fait généralement dans un état de grande détresse et de souffrance parfois extrême. Les personnes se rappellent de leur impression douloureuse d'avoir

atteint la limite des ressources disponibles, tant personnelles que celles de l'entourage. Par ailleurs, quand on demande aux personnes sur ce qui les a conduites à demander de l'aide en psychiatrie, leurs réponses font souvent remonter l'origine de leurs problèmes à un passé lointain marqué par des expériences multiples d'abandon, des pertes impor-

tantes ou par l'accumulation de situations éprouvantes ou stressantes et, parfois, par de la violence psychologique ou physique. Du point de vue des personnes, les symptômes psychiatriques apparaissent ainsi associés à des événements et à des conditions de vie difficiles et au sentiment d'un manque de pouvoir sur soi et sur le monde. Ainsi, les expé-

riences de la souffrance et de la crise ne peut pas se réduire aux symptômes dits psychiatriques (Corin, et al., 1996).

Lorsque la personne entre en contact pour la première fois avec les services psychiatriques, son expérience se trouve interprétée à partir du cadre de référence des professionnels responsables de sa prise en charge. De manière générale, son expérience personnelle est réduite à ses symptômes compris d'un point de vue biomédical; elle reçoit un diagnostic et le traitement qu'on lui prescrit est, dans la plupart des cas, presque exclusivement pharmacologique. Selon les situations, le niveau d'autonomie de la personne et les ressources de son milieu, la prise en charge est plus ou moins intensive et se poursuit pendant une période plus ou moins longue. La personne se voit hospitalisée ou référée à des services qui assureront son hébergement et, éventuellement, un suivi psychosocial. En général, les approches psychosociales visent à réduire les risques d'une nouvelle hospitalisation en assurant une qualité de vie minimale et le contrôle de la médication. Les médicaments demeurent toujours la réponse privilégiée et parfois la seule aide disponible pour faire face



à l'expérience de perte de sens, de chaos intérieur, de souffrance extrême qui a amené les personnes ou ses proches à demander de l'aide en psychiatrie. La médication en vient dès lors à jouer un rôle central dans la trajectoire singulière et dans les relations intimes à soi et aux autres.

Les récits de vie des personnes psychiatisées indiquent que les aspects symboliques de la médication, ses significations plurielles et contradictoires sont aussi importantes que ses effets biologiques : consommer des psychotropes signifie

toujours quelque chose pour la personne, pour son entourage et pour la société. Sur le plan de l'expérience personnelle, et plus largement dans la vie des personnes, les aspects symboliques et les effets biologiques se trouvent étroitement enchevêtrés. Pour les intervenants, le souci de respecter le cheminement de chacun, de rester au plus près de ses désirs implique nécessairement tenir compte de ces liens complexes. Nous reviendrons dans la dernière partie sur les pratiques qui permettent de développer un tel type d'écoute.

CAPSULE PHARMACO

Rentabilité de l'industrie pharmaceutique

Et les bénéfices alors? Pendant des années, les compagnies pharmaceutiques des États-Unis ont réalisé des bénéfices supérieurs à toutes les autres industries, après la déduction de la R&D et de tous les autres coûts. Comparons les 17% de bénéfices des dix principales compagnies pharmaceutiques

américaines en 2002 avec la moyenne de seulement 3,1% de toutes les industries classées au « Fortune 500 » cette année-là. En 2003, pour la première fois, l'industrie pharmaceutique est tombée de la première à la troisième place en terme de rentabilité, mais ses bénéfices sont restés bien supérieurs à la moyenne.

(Marcia Angell, <http://www.project-syndicate.org>)

Modalités de prescription et d'administration de la médication en psychiatrie : de longs et douloureux parcours de demande d'aide

La plupart des récits relatent de longs parcours de demande d'aide et des crises nombreuses suivies d'hospitalisations, et cela avant que la personne ait l'impression d'avoir obtenu une information adéquate sur son diagnostic et le traitement psychiatrique. De nombreuses personnes rapportent avoir eu le sentiment d'avoir tourné en rond et d'avoir vécu à travers un labyrinthe de crises, d'hospitalisations et de traitements pharmacologiques parfois peu adéquats, avant de trouver leur voie et d'avoir accès aux ressources et au soutien nécessaires à leur amélioration.

Une plainte importante formulée par les personnes en contact avec le système psychiatrique concerne le manque d'information sur la façon dont les professionnels interprètent ce qui leur arrive (les diagnostics, souvent changeants, sont rarement suffisamment expli-

qués), sur l'hospitalisation et sur la médication. Bien qu'elle constitue la voie thérapeutique privilégiée par le médecin et parfois par la personne, la médication ne semble pas toujours diminuer les symptômes qu'elle était sensée traiter. Le suivi reste quant à lui souvent très insuffisant voire étrangement négligé. Plusieurs hospitalisations peuvent se succéder sans que la personne ait l'impression d'avoir été suffisamment soutenue, informée sur les choix qui s'offrent à elle ou référée à des ressources adéquates.

Aurèle a vécu six hospitalisations avant qu'un diagnostic ne soit posé et que lui soit prescrite une médication présentant des effets positifs de son point de vue. Malgré les hospitalisations répétées, le traitement n'est souvent pas remis en question. Cet usager décrit ainsi sa deuxième hospitalisation : «*Le même hôpital. Le même médecin. Les mêmes médica-*

La médication ne semble pas toujours diminuer les symptômes qu'elle était sensée traiter. Le suivi reste quant à lui souvent très insuffisant voire étrangement négligé.





ments. Gelé comme une balle. Ils m'ont passé trois électrochocs. Dr. L. m'a dit : « Je vais te donner des électrochocs. » Je ne connaissais pas ça moi. Il m'a expliqué un peu. Alors j'ai subi les électrochocs. Là, je ne voyais plus clair». Monique regrette aussi le manque d'information : « Comme moi on m'a donné des médicaments sans rien me dire c'est quoi ça faisait comme effets, aucune information, rien rien rien. J'étais, j'ai toujours essayé de prouver que j'avais été laissée dans l'ignorance la plus complète. (...) C'étaient des pertes de mémoire, c'était surtout de la confusion. Puis euh moi j'avais, comme je le dis, j'ai été laissée dans l'ignorance, je savais pas à qui m'adresser. » Et Jeanne : « C'est assez compliqué pour moi de comprendre exactement. (Est-ce que la psychiatre te l'explique ? Est-ce que tu lui as demandé ?) Non, ils ne m'ont jamais expliqué ça. Parce qu'ils dépensent plutôt leur énergie à la médication. (...) Alors, on a pas d'espace pour expliquer (...) Je ne savais pas mon diagnostic. Je l'ai appris sur le papier de l'aide sociale qu'ils donnent (...) »

En fait, on peut dire que ce contre quoi les personnes protestent, c'est aussi ou surtout contre une certaine façon de prescrire et d'administrer

les médicaments qui ne laisse pas de place à la discussion des craintes et du malaise très profond que les médicaments sont susceptibles de creuser dans le corps et dans l'être : « Ils me donnaient cela à la pelle... Tu refuses ? On va te les donner en injection » (Manon). « Y avait aucune chaleur humaine : prends ta pilule et ferme-toi » (Antoine). « J'avais des malaises, on m'a redonné des médicaments. Ils ont dit que j'en avais besoin » (Carl).

De nombreux usagers se plaignent de la façon autoritaire dont les psychiatres prescrivent la médication, de leur manque de flexibilité et d'écoute, du chantage auquel donne parfois lieu la prescription de médicaments : « Son attitude était très très froide » décrit Monique. « C'est elle qui a le gros bout du bâton. C'est elle qui décide pour les médicaments. » « J'étais pas capable de dire : « bon, celui-ci, il me fait pas » remarque Luce. « Il me pousse vers la médication mais moi, je veux temporiser » explique Nathalie. « Si tu veux pas faire ce qu'on te dit, faut pas venir nous voir » (Yvan). « Comme moi, on m'a donné des médicaments sans rien me dire c'est quoi que ça faisait comme effets, aucune information, rien rien rien » souligne Monique.

Lorsque cette insistance sur la médication se trouve associée au sentiment de pas être réellement suivi, la personne ressent une impression plus générale d'abandon et de confusion : « (...) je voyais seulement le travailleur social un petit peu. Je le voyais de temps en temps. " Il dit : Aurèle, je ne sais pas ce que je vais faire avec toi. " Là, j'étais rendu presque un zombie (à cause des médicaments). Alors ils m'ont placé dans une famille d'accueil. (...) Je me berciais toute la journée devant la TV » (Aurèle); « Personne ne m'a référé. On ne m'a pas donné de ressources. Je suis retombée » (Monique).

Certains ont par ailleurs évoqué la possibilité d'établir une relation réellement positive avec le ou la psychiatre. Un tel rapport de confiance se répercute alors souvent sur le rapport à la médication, en particulier lorsque l'utilisateur a l'impression de pouvoir faire valoir son point de vue, d'être écouté et entendu, de conserver un certain pouvoir ou un certain jeu face à la prescription de médicaments : « Il me laisse faire mes expériences avec les médicaments. Il ne m'a pas dit de ne pas arrêter... Je ne veux plus de largactil et puis, il ne m'en donne plus.. J'ai été le voir, il a encore diminué » (Pierre).



La majorité des personnes interrogées considère que la médication a contribué à leur permettre de retrouver un certain calme à certains moments de leur vie et un nombre important de personnes considèrent convenable d'avoir recours à des médicaments en situation de crise.

Consommer la médication psychiatrique de manière régulière

Souvent les effets de la médication et la signification qu'elle acquiert dans la vie de la personne et pour son entourage sont déroutants et contradictoires. La majorité des personnes interrogées considère que la médication a contribué à leur permettre de retrouver un certain calme à certains moments de leur vie et un nombre important de personnes considèrent convenable d'avoir recours à des médicaments en situation de crise. Lorsqu'elle s'inscrit dans une relation positive avec le médecin traitant, la médication contribuerait à contrôler les symptômes et à

(re)donner une certaine stabilité à l'existence.

Cependant, les récits témoignent des lourdes conséquences d'une consommation à long terme, tant par ses effets sur le corps, la pensée et les comportements que par les significations qu'elle acquiert dans la vie de la personne ainsi que pour son entourage et pour la société. Les usagers affirment que «l'utilisation régulière de médicaments ou une médication inadéquate les a empêchés de «entrer en contact avec elles-mêmes» et a freiné la possibilité d'un travail sur soi généralement

considéré comme la source de transformation personnelle la plus profonde» (Rodriguez, Corin, Guay, 2000).

Les effets de la prise de médicaments à long terme et les difficultés qu'entraînent les hospitalisations peuvent devenir une source d'angoisse et de difficulté que les personnes comparent à l'expérience de la crise. «*la médication c'est tellement souffrant, c'est plus souffrant que la maladie*» (Marie). Karine parle de sa situation de patiente chronique : «*parce qu'ils disaient que c'était dans la tête que ça marchait pas. Oui, dans la tête, ça marchait*

pas. C'est vrai. Psychologiquement, ça marchait pas. Et à un moment donné, j'ai pris des médicaments. (...) J'ai dit : Là, je vais en finir. Si je suis pour passer le reste de mes jours comme ça, je veux mourir. Et ça a passé proche que je m'empoisonne. J'en pouvais plus» (Karine). Plusieurs utilisent les termes «gelé», «zombie» pour décrire l'effet dévastateur que peuvent avoir les médicaments sur leur vie : «Ils m'ont gelé extraordinaire», rappelle Aurèle, «je suis sorti, je ne voyais plus clair, j'avais plus de mémoire...j'étais presque rendu un zombie...je suis resté couché 7 ou 8 mois, je prenais mes médicaments, je mangeais un peu, je me couchais...» «Je suis gelée comme il faut, tu perds des boutes», note Manon.

On critique fondamentalement le fait que, trop souvent, la pharmacothérapie apparaisse comme la seule réponse donnée à la souffrance (Rodriguez, Corin, Guay, 2000) : «Ils m'ont monté en psychiatrie. Puis j'ai été presque un mois», se remémore Aurèle, «je pleurais tout le temps. Je pleurais. Et quand ils me voyaient pleurer, ils m'emmenaient les médicaments. J'ai dit : « Qu'est-ce que vous faites là, quelles cochonneries. Qu'est-ce qui va se passer.» (...) J'aimais mieux être «stone» qu'être gelé comme ça. (...) Il y a des gens qui sont bourrés de pilules en tabarnouche. Ça n'a pas de bon sens». À l'expérience d'Aurèle fait écho celle de Monique : «On m'a bourrée de pilules puis je marchais comme un robot».

Effets secondaires

Dans les récits des utilisateurs, les effets secondaires constituent un des aspects les plus

négatifs de la prise de médicaments. Ces derniers provoquent une grande anxiété et des difficultés importantes dans la vie quotidienne et le rapport aux autres.

Les effets secondaires visibles et stigmatisants de certains psychotropes rendent difficile l'intégration sociale : comme le manque de concentration, la rigidité de l'expression du visage ou les mouvements involontaires. Ces signes marquent la personne d'un sceau d'étrangeté et conduisent souvent à son exclusion. Ainsi, dans de trop nombreux cas, la médication contribue à maintenir la personne dans la confusion, à la stigmatiser et à réduire l'espoir d'un rétablissement ou d'une amélioration possible.

De nombreux usagers parlent dans ce contexte de grande fatigue, d'une perte d'énergie due aux médicaments, alors qu'ils ont justement besoin de toute leur énergie pour s'en sortir : «J'en ai pris jusqu'à ne plus être capable de réagir, puis j'ai été obligée d'avoir des électrochocs...j'étais quasiment légume à force d'avoir pris des médicaments, des médicaments, des médicaments...» raconte Luce. «Ça t'endormait, t'enlevait de l'énergie...j'étais continuellement sur le café», se rappelle Antoine. «Ça soulageait l'anxiété mais ça amortissait aussi; je dormais; ensuite, j'ai pris du poids», note Sonia. «J'aime pas ben ben ça, les médicaments», remarque Jean, «je les prenais à reculons... Quand on sort, on est sur les nerfs, à demi-emmanché, tout à l'envers...tu es comme assommé.» Benoît s'interroge : «Je pose la question si les personnes peuvent garder leur

élan vital en écoutant le médecin, le psychiatre conseiller des médicaments pour neutraliser les écarts d'humeur... À travers la médication, je me sentais tellement insécurisé, j'ai para-noïé...»

Ce sont aussi, plus profondément, l'ensemble du sentiment de soi et le schéma corporel qui peuvent se trouver altérés. Pour Louise, «ça a été d'appivoiser les médicaments... une tête grosse comme ça... une façon de se mouvoir dans l'espace... ne pas pouvoir être moi-même... un effet physique énorme, quasi un handicap». «Je ne me sentais pas moi-même», se souvient Carl, «comme si ce n'était pas moi qui conduisais ma vie..» «J'étais une autre personne... insécure... l'image de moi, physique et mentale», raconte Benoît, «j'étais sonné, vous voyez? J'ai vu tellement de zombies, je ne voulais certainement pas aboutir là». On note aussi des changements de poids importants qui affectent profondément l'image de soi.



Obstacles à la transformation du rapport à soi

De rares usagers mentionnent que le fait de pouvoir geler des affects trop intenses constitue un effet positif des médicaments; le plus souvent cependant, un tel gel est perçu comme un pis aller ou comme une solution temporaire qui reporte à plus tard ou même rend plus difficile la résolution des problèmes : «On me gelait sur les médicaments; ce que j'avais à sortir, je l'engourdis-sais, je remettais à plus tard» se rappelle Michèle. «Pis moi, si je ne sens pas les choses, je ne vis plus. J'ai besoin de ressentir la joie, le bonheur, la peine, la profondeur. Quand je suis sur les médicaments, je suis sur le neutre» (Carl). «Il y a un aspect douloureux, c'est de ne pas se réconcilier avec soi-même... Le psychiatre a dit : on pourrait doubler la dose... je n'arrivais pas à ce protocole de doubler la dose» (Benoît).

Dans ce contexte, plusieurs usagers se sentent partagés quant à l'efficacité réelle des médicaments : «Peut-être qu'aujourd'hui, ils font rien que nous stabiliser...Il faudrait tout abandonner, recommencer à neuf pour voir dans le fond les bienfaits...Comment savoir?» s'interroge Pierre. «Même si je file bien, les docteurs d'après ce qu'ils voient, je suis mieux d'en prendre une petite dose pour éviter de retomber trop bas... J'ai pas vraiment d'effet positif, juste pour m'aider à rester stable puis dans la réalité, pis bien fonctionner» (Brigitte). «J'ai de la difficulté à décoder

si c'est bien ou pas de prendre des médicaments», se demande Benoît, «c'est une zone de questionnement permanente».

D'autres soulignent le caractère limité de l'efficacité des médicaments ou les difficultés particulières associées à une évolution de leurs problèmes en dents de scie : «Ils ne font pas toujours de l'effet, je chute pareil» constate Pierre. «Je prenais des médicaments, je mangeais un peu, je me couchais... après, j'ai refait une tentative de suicide... J'ai mis le lithium à la poubelle. Le lithium m'avait remonté, je suis parti sur un high extraordinaire» rapporte Aurèle. Certains usagers ont une perception beaucoup plus négative : «Je sais que les médicaments m'ont plus nui qu'aidé... il me semble que si on ne m'avait pas traité avec des médicaments, j'en serais sorti bien» (Carl).

De rares usagers mentionnent que le fait de pouvoir geler des affects trop intenses constitue un effet positif des médicaments.



CAPSULE PHARMACO

Mondialisation et médication

Pour vendre un produit, les pharmaceutiques doivent convaincre le consommateur qu'il en a besoin. Kathryn Schultz explique, dans un reportage paru dans le *New York Times*, comment les pharmaceutiques ont réussi, en quelques années, à convaincre la société japonaise qu'elle devait redéfinir ses notions en matière de santé et de maladie. Elle précise que l'expression *dépression légère* n'existait pas dans la langue japonaise... jusqu'en 1999. Cette année-là, la compagnie Meiji Seika Kaisha a commencé à promouvoir le Depromel (un ISRS). Selon le psychiatre japonais Tooru Takahashi, la mélancolie, la sensibilité et la fragilité n'étaient pas perçus comme des sentiments négatifs au Japon. « Pourquoi aurions-nous cherché à soigner quelque chose qui ne nous semblait pas mauvais au départ ? » Comme la publicité directe de médicaments d'ordonnance est bannie au Japon, les pharmaceutiques ont mené d'intenses « campagnes de sensibilisation populaire » au sujet du *kokoro no kaze*, ce nouveau « trouble de santé » très répandu. Les représentants

des pharmaceutiques effectuaient en moyenne deux visites hebdomadaires aux cabinets des médecins, moussant la prescription des ISRS pour des symptômes tels que « tête lourde, tension aux épaules, troubles du sommeil, maux de dos, fatigue, paresse et manque d'appétit ». Selon le responsable de la commercialisation du Paxil : « Les Japonais ignoraient qu'ils souffraient de cette maladie. Aussi avons-nous jugé important de leur en parler, de leur expliquer que la médecine peut venir à bout de la dépression. » En cinq ans, les profits générés par la vente des ISRS au Japon ont atteint des sommets vertigineux. Entre 1998 et 2003, les ventes d'ISRS ont quintuplé. La société GlaxoSmithKline, qui fabrique le Paxil, a dégagé des profits de 298 millions de dollars US en 2003, une hausse par rapport à 2001 où ils atteignaient 108 millions. Selon Arthur Kleinman, l'exemple japonais est très inquiétant. La capacité des grandes entreprises à « médicaliser les humeurs » est l'une des retombées les plus graves de la mondialisation. Et le Japon a été le premier pays à le découvrir.

(K. Schulz, « Did antidepressants depress Japan ? », *New York Times*, 22 août 2004.)

Arrêter de prendre des médicaments

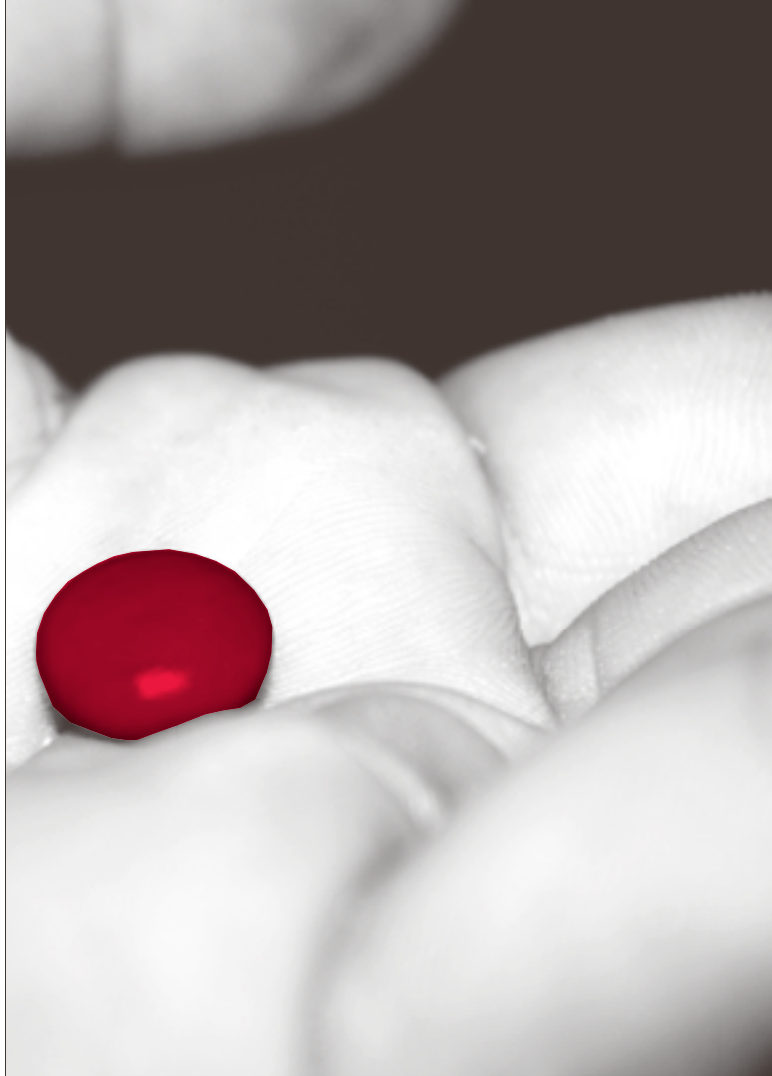
Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que plusieurs des usagers interrogés aient essayé, à un moment ou à un autre, d'arrêter de prendre des médicaments. Pour certains, il s'agissait d'une tentative qui n'a pas duré : « J'ai essayé d'arrêter, les symptômes ont augmenté, j'ai repris les médicaments... c'est mieux » (Pierre). « J'ai lâché une fois pendant 10 mois... 10 mois sans dormir, j'étais devenu agressif; je me disais "j'en ai plus besoin"; ça a nui beaucoup à mon couple, j'étais plus vivable... Je le referais jamais » (Yvan).

D'autres ont décidé de tout arrêter, de lâcher les médicaments, de leur propre chef, comme le fera Louise : « J'ai décidé d'arrêter après un test de quelques semaines. C'était comme une renaissance. On réapprend quasiment à marcher. Mes pensées deviennent plus fluides, c'est plus facile. » Carl décide d'inscrire cette décision dans un moment symboliquement important de sa vie, comme pour affirmer son désir d'assumer enfin ses responsabilités : « Je me suis aperçu que les médicaments faisaient des choses

bizarres en moi, que j'aimais pas. J'ai décidé de me sevrer le jour où mon garçon est entré à la maternelle. » « J'ai lâché tous mes médicaments de moi-même, tranquillement », raconte Aurèle, « je remontais tranquillement. Et j'avais diminué mon antidépresseur. » « Je me tenais sur les anti-dépresseurs.(..). À un moment donné, j'ai lâché. J'ai fait un bon bout de temps de même. Là, je lâchais. Je faisais un bout. Je retombais encore. Parce que j'avais rien de réglé encore. J'avais pas sorti mes émotions. J'avais pas dit ce

qui me faisait mal. Donc, mon problème était encore là» (Michèle).

Certains usagers expliquent comment leur rapport à la médication s'est profondément transformé suite à un travail sur soi soutenu. Ce travail amène certains à comprendre, à contrôler leurs symptômes et à apprivoiser les crises autrement que par la médication. Josée raconte comment elle a quitté définitivement la médication² quand elle a cerné le sens de ses difficultés et de ses symptômes et a pu les resituer dans une compréhension plus large de sa vie. Elle a pu réaliser cette démarche grâce à une ressource d'hébergement en santé mentale où elle a trouvé un espace où elle pu exprimer sa souffrance. L'écoute et le soutien trouvés dans cet organisme ont enclenché une longue démarche de travail sur soi³.



Ouvrir un espace de parole autour de la médication

Par-delà les propos souvent ambivalents que reflètent les témoignages concernant la médication, de nombreux récits font émerger la revendication d'accéder à une position de sujet à part entière dans le processus de traitement. À partir de là, semble s'élever une double exigence : celle de voir sa propre expérience et l'expertise particulière qu'elle confère véritablement reconnues; et celle de pouvoir prendre en main sa démarche personnelle et sa médication, d'en évaluer l'impact sur son cheminement et sur sa qualité de vie.

Les usagers soulignent l'im-

portance de se voir reconnue une expertise spécifique liée au fait que ce sont eux qui prennent des médicaments; ils insistent sur le fait que le psychiatre devrait tenir davantage compte dans ses prescriptions de leurs commentaires sur les effets de la médication dans leur vie. Il s'agit de pouvoir faire valoir son point de vue, d'être reconnu comme personne et associé à son propre traitement, de conserver une position d'acteur dans sa propre vie : « J'avais dit : «*bourre-moi pas trop de pilules*»... Il m'écoute, baisse mon injection. Si j'ai besoin de pilules, il

Les usagers soulignent l'importance de se voir reconnue une expertise spécifique liée au fait que ce sont eux qui prennent des médicaments; ils insistent sur le fait que le psychiatre devrait tenir davantage compte dans ses prescriptions de leurs commentaires sur les effets de la médication dans leur vie.

va me le dire» (Félix). «*Quand quelque chose ne va pas avec le médicament, je lui en parle, il change la dose (...). Le docteur m'a dit qu'il va essayer de me les enlever, voir comment cela va aller... Il a dit : «oui, on pourrait essayer»*» (Sonia). «*J'ai dit : "Je ne veux pas ça". Je le lui ai dit tout de suite : "J'ai déjà pris ce médicament-là. Je me sens souffiée comme une balloune. Il a changé ça"*» (Béatrice).

Certaines ressources en santé mentale⁴ ont développé des pratiques visant une utilisation minimale de la médication neuroleptique. Pour cela,

une partie du traitement consiste à discuter ouvertement et librement des raisons de la prescription de tel ou tel médicament, des effets secondaires à court et à long terme, des objectifs visés et des moyens à mettre en place pour réduire la posologie. On considère que faire participer activement la personne psychotique à l'utilisation de ses médicaments est un élément essentiel à sa collaboration et permet de l'impliquer face à cet aspect du traitement. De plus, cela enlève au médicament son image d'objet persécuteur (Turmel, 1990) : «Ainsi, afin de ne pas

situer la médication dans le cadre d'un rapport duel entre le médecin et le patient, un rapport de pouvoir, il faut qu'elle soit discutée, négociée, et son utilisation passée par des mots» (Turmel, 1990 : 167).

Dans ce contexte, il faut prévoir les dispositifs nécessaires pour réduire les effets désorganisateur des crises afin que les personnes puissent les traverser avec une médication minimale. Il est aussi possible de réduire les doses ou de cesser la médication en dehors des périodes de crise.

Ce que les usagers nous ont dit de leurs rapports aux médicaments met en relief les conditions positives et négatives associées à la prescription en psychiatrie. En les résumant, on peut dire que les pratiques associées à la médication psychiatrique les plus contestées par les personnes sont :

- 1 une médication qui se présente comme la seule réponse à la souffrance;
- 2 la prescription de médicaments présentant des effets secondaires pénibles;
- 3 une médication lourde faisant obstacle au travail sur soi;
- 4 la difficulté voire l'impossibilité de questionner ou d'apporter son point de vue sur la médication;
- 5 des prescriptions très lourdes et à très long terme, dès lors encore plus difficiles à remettre en question;
- 6 une information insuffisante;
- 7 peu de place au dialogue avec le médecin concernant la médication;
- 8 peu de suivi; après l'hospitalisation, souvent le sentiment d'être abandonné;
- 9 peu de place pour des démarches thérapeutiques alternatives à la médication;
- 10 des interventions axées sur le contrôle de la médication;
- 11 des interventions infantilisantes;
- 12 le fait que questionner la médication soit compris comme de la résistance ou un refus de traitement.

Par contre, à certaines conditions, la médication peut être un *instrument* ne faisant pas obstacle à l'appropriation du pouvoir et à l'amélioration de la qualité de vie :

- 1 lorsqu'elle s'accompagne d'autres pratiques de travail sur soi et de soutien;
- 2 quand elle est accompagnée de l'information adéquate;
- 3 lorsque le médecin prend le temps de donner sens à l'expérience et au traitement proposé;
- 4 lorsque les médicaments permettent de réduire ou de supprimer certains symptômes et de redonner une stabilité à l'existence;
- 5 quand la personne est trop «basse» ou en crise;
- 6 pour obtenir des effets précis à court terme.



Au-delà du contrôle des symptômes : donner sens à son expérience et à sa vie

Les transformations sociopolitiques et culturelles actuelles nous forcent à réfléchir à la manière dont notre société répond à la souffrance. L'évolution des services publics de santé et les politiques sociales ouvrent le débat quant à l'accessibilité des services et aux ressources financières et socioculturelles pour les couches les plus défavorisées de la population. Les personnes ayant des problèmes en santé mentale s'y retrouvent parmi les plus vulnérables et sont assujetties à de forts processus d'exclusion sociale. Nous avons vu comment les modèles d'intervention dominants peuvent contribuer, malgré eux, à renforcer leur marginalisation.

Dans ce contexte, on peut s'interroger sur l'importance de la médication dans les pratiques en santé mentale en se plaçant sous deux perspectives. La première concerne

l'hégémonie de l'approche biomédicale dans le système public de santé mentale. La deuxième a trait au sens que revêt le fait que la médication soit la réponse essentielle offerte à la souffrance.

Sur le premier de ces plans, en s'imposant comme modèle dominant, le modèle biomédical laisse peu ou aucune place aux traitements alternatifs et réduit les choix disponibles. Au Québec, il est frappant de constater l'écart existant entre d'une part les discours politiques et de l'autre, les conditions de vie et l'aide accessible aux personnes. L'actualisation de la Politique en santé mentale du Québec met l'accent sur le rétablissement. Une des conditions incontournables pour un système de soins orienté en fonction du rétablissement et de l'appropriation du pouvoir est d'offrir aux utilisateurs une

possibilité de choix parmi les moyens disponibles (Anthony, 2000) : le service, l'intervenant, l'approche d'intervention. Or, un tel choix se trouve réduit ou, dans certaines régions, éliminé complètement par l'organisation de fait des services en santé mentale, mais aussi par l'implantation d'un modèle unique d'intervention principalement biomédical où l'on restreint la marge de manœuvre des acteurs externes au système, principalement ceux offrant des approches alternatives

Sur un second plan, on peut interroger la signification socioculturelle de la médication comme mode de réponse dominant aux problèmes en santé mentale et à la souffrance qu'ils expriment et induisent. La complexité de ces problèmes confronte à une marge d'incertitude et devrait inciter à maintenir des espaces



ouverts à l'expérimentation et à l'évaluation des pratiques à partir de critères et de points de vue pluriels : les perspectives des sciences biologiques et des sciences humaines; les points de vue des intervenants, des usagers et de leurs proches; la spécificité régionale et la manière dont d'autres cultures comprennent et abordent ces problèmes. Le maintien d'une pluralité de perspectives et de pratiques semble ici essentiel à l'avancement des connaissances et à l'espoir d'une vie meilleure pour les principaux protagonistes.

Les problèmes graves en santé mentale s'accompagnent généralement d'un questionnement existentiel profond pour les personnes qui les vivent. Ils constituent une épreuve paradoxale qui met au défi les ressources personnelles et celles de l'entourage.

Du point de vue des usagers, l'appropriation du pouvoir et l'accès à l'intégration sociale et à l'exercice d'une véritable citoyenneté passent par l'ouverture d'espaces d'accueil où l'on puisse donner sens à la souffrance. Ce travail sur soi dépasse largement le contrôle des symptômes.

L'écoute attentive des personnes nous confronte aux limites et aux effets des réponses de type essentiellement technique et médical qui réduisent la souffrance à des symptômes traitables par des substances chimiques. Généralement, les commentaires ou les plaintes des personnes sont interprétés comme une résistance et un problème à résoudre par le biais de l'information et de l'accompagnement. Il nous semble important d'entendre également le désir d'une vie meilleure qu'expriment les

personnes et leur souci de comprendre ce qui leur est arrivé. On peut se demander pourquoi nous résistons à ces voix et quelles seraient les conditions permettant d'élargir la capacité sociale d'écouter et d'accueillir la souffrance et la vulnérabilité, de construire un monde plus habitable auquel puissent participer pleinement les personnes qui ont vécu l'épreuve de problèmes graves en santé mentale. +

Augmentation du coût des médicaments

Selon les calculs mêmes de l'organisme de recherche patronal de l'Institut Fraser, le coût des médicaments a augmenté de 1267% au cours des 25 dernières années, soit de 1975 à 2000. Ainsi, les médicaments représentaient

8,8% de l'ensemble des dépenses de santé en 1975 contre 15,5% en l'an 2000, soit 25 ans plus tard. Aucune autre composante des dépenses en matière de santé n'a connu une aussi forte augmentation.

(Hasbani Marc, Lauzon Léo-Paul, <http://www.france.attac.org/a473>)

ATELIERS SOCIOLOGIE CLINIQUE

Histoire de vie et trajectoire spirituelle

Animatrices : Diane Laroche et Céline Yelle. **Dates :** 22 et 23 avril 2006 de 9h00 à 16h00. **Coût :** gratuit. **Lieu :** Chemins de vie. **Contactez :** Diane Laroche, 514-387-5199, dialaroche@sympatico.ca. **Dates :** 24- 25 février et 3-4 mars. **Coût :** à déterminer. **Lieu :** Institut de pastorale des Dominicains. **Contactez :** Institut de pastorale des Dominicains au 514-739-3223

Émotion et histoire de vie

Animateurs : Vincent de Gaulejac et Diane Laroche. **Dates :** 17,18 et 19 mars 2006 de 9h00 à 17h00. **Coût :** 325\$. **Lieu :** à déterminer. **Contactez :** Diane Laroche, 514-387-5199, dialaroche@sympatico.ca.

Roman familial et trajectoire sociale

Animatrices : Diane Laroche et Janine Hohl. **Dates :** 24 et 25 mars 2006 de 9h00 à 16h00. **Coût :** 175\$. **Lieu :** Les Belles Soirées de l'Université de Montréal, 3744 Jean-Brillant. **Contactez :** Université de Montréal, Les Belles Soirées, 514-343-2020

- 1 Cette réflexion s'appuie largement sur les récits récoltés dans le cadre de la recherche portant sur *La spécificité des pratiques alternatives : discours et pratiques des usager-ère-s.*, dirigée par Ellen Corin, Lorraine Guay et Lourdes Rodriguez, subventionnée par le CQRS (EA-398-1-093).
- 2 Au moment de l'entrevue, Josée ne prend plus de médicaments depuis deux ans, après vingt ans de consommation de psychotropes. Voir aussi le récit de vie de Luc Vigneault (Cailloux-Cohen et Vigneault, 1997).
- 3 Une longue analyse du récit de Josée se trouve dans Rodriguez, 2000 et Rodriguez, 1997.
- 4 Il s'agit, notamment du 388 Centre psychanalytique de traitement pour jeunes adultes psychotiques, une ressource alternative en santé mentale située à la ville de Québec (Turmel, 1990). D'autres ressources favorisant cette perspective sont décrites dans Cohen et al., (1995) et dans Rodriguez et Poirel (2001).

RÉFÉRENCES

- ANTHONY, W. A., (2000). A Recovery-Oriented Service System : Setting Some System Level Standards, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 24. no 2, p. 159-168.
- CAILLOUX-COHEN, S., et VIGNAULT, L. (1997). *Aller-retour au pays de la folie*. Québec : les éditions de l'homme.

CORIN, E. (1998) The tickness of Being : Intentional Worlds, Strategies of Identity, and Experience Among Schizophrenics. *Psychiatry*, 61, p. 133-146.

CORIN, E., et al. (1999). Le rapport à l'hospitalisation et aux services psychiatriques. In *La spécificité des ressources alternatives en santé mentale : discours et pratiques des usagers*, Équipe de recherche et action en santé mentale et culture. Québec : Rapport de recherche déposé au Conseil québécois de la recherche sociale.

CORIN, E., RODRIGUEZ, L., GUAY, L. (1996). Les figures de l'aliénation : un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. XV, no 2, automne, pp. 45-67.

CORIN, Ellen (sous la direction) (1993). *Anthropologie et sociétés*. *Folies : espace de sens*, vol. 17, nos 1-2.

ESTROFF, S. (1998). *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*. Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo.

FOWLER, D. et al. (1999). Thérapie cognitive comportementale des psychoses. *Santé mentale au Québec*, XXIV, 1, 61-88.

RODRIGUEZ, L., Corin, E., Poirel, M-L., (2002) « Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voix ignorée » dans *Revue québécoise de psychologie*.

RODRIGUEZ, L., POIREL, M. (2001). *La gestion autonome de la médication. Pour une contribution au renouvellement des pratiques en santé mentale Rapport de recherche*, Montréal : Équipe de recherche et d'action en santé mentale et culture, RRASMQ, AGIDD-SMQ.

RODRIGUEZ, L., CORIN, E., et GUAY, L. (2000). La thérapie alternative : se (re) mettre en mouvement. *Santé mentale au Québec* / RRASMQ, pp. 49-94.

RODRIGUEZ, L. (2000). Le corps et ses mirages. Récits et parcours des femmes à travers la "folie" et sa psychiatisation. In Frigon S. et Kérisit M. (éd.) *Du corps des femmes. Contrôles, surveillances et résistances*, Ottawa : Les Presses de l'Université d'Ottawa.

RODRIGUEZ, L. (1997). L'appropriation du pouvoir du point de vue des usagers et usagères des services en santé mentale. In Actes du Colloque de l'Association canadienne pour la santé mentale. *Vivre en santé mentale dans la communauté : une responsabilité à partager*, Montréal : l'Association canadienne pour la santé mentale.

TURMEL, F. (1990). Psychopharmacologie et utilisation de la médication dans un Centre psychanalytique de traitement des psychotiques. In Apollon, W., et al. *Traiter la psychose*. Québec : GIFRIC.

Suggestions de lecture

Paxil® Blues **Antidépresseurs : la société sous influence**

Christian Saint-Germain

Éditions du Boréal

La situation ne manque pas d'être pittoresque : les enfants entrent à l'école en prenant du Ritalin® et reçoivent les enseignements de professeurs sous influence du Paxil® ou du Prozac®. Le marché de la dépression est en pleine expansion, il accapare la part du lion des remboursements d'assurances collectives. Il entraîne une «fidélisation» inédite à ces molécules, la création d'un «junkie» très hygiénique. Christian Saint-Germain évoque ici, par une série d'images, la montée d'une communauté sous influence, les enjeux d'une cosmétique des humeurs. Il superpose, comme dans un album photos, les polaroids de l'expérience panique.

Utilisant l'ironie dépressive, il décrit les petits Pearl Harbor de l'attaque anxieuse, le «Ground Zero» dépressif de soi. À l'instar des anovulants qui instaurent la prise ininterrompue du comprimé, l'antidépresseur marque à son tour l'exigence de cette soumission au quotidien. Toutefois, la fascination exercée par l'antidépresseur ne tient pas ici à la simple dénonciation : l'auteur montre avec quelle facilité le malaise psychique est démocratisé et finalement assimilé par les publicitaires à la représentation du traitement de la plus banale infection à levure. La question du sens des symptômes finit à son tour par disparaître comme s'est estompée en Occident la portée des religions et des morales. Que nous est-il alors permis d'espérer ? Le renouvellement d'autres prescriptions ?

Christian Saint-Germain est professeur titulaire spécialisé en éthique appliquée au département de philosophie de l'Université du Québec à Montréal. Il a aussi été professeur invité à la faculté de droit de l'Université de Montréal. Il est l'auteur de *L'Œil sans paupière, écrire l'émotion pornographique* (2003), de *La Technologie médicale hors limite, le cas des xénogreffes* (2001) et de *Écrire sur la nuit blanche, l'éthique du livre chez Emmanuel Levinas et Edmond Jabès* (1992).



Un moment privilégié

Récit

Liliane Côté

Les Éditions JCL, 2005

Un automne, un journaliste apprend qu'il souffre d'une dépression. Il entre chez lui sous le choc. Sa femme, bouleversée, partage son désarroi. Un brouillard le cerne. Une espèce de démon intérieur le gruge. La descente aux enfers est incontournable.

Hélène voit les ravages d'un traumatisme dont elle ausculte le mystère. Comment aider une âme chancelante ? Insensiblement, l'angoisse de l'autre la gagne. Au bout du rouleau, Pierre lâche prise. Un triste spectacle plonge alors sa compagne au cœur d'une souffrance surhumaine.

Un psychologue ouvre une brèche : «La dépression est un signal... C'est un moment privilégié.»

Jamais un auteur n'aura si bien réussi à pénétrer ce trouble trop méconnu.



Allocution du colloque du 5 mai 2005



Âme, science et technologie...
Des atomes crochus ?

La santé mentale enfermée entre le corps et la norme

Marcelo Otero

Professeur du Département
de sociologie

Université du Québec à Montréal

Dans son histoire des antidépresseurs, le psychiatre David Healy¹ estime que la découverte des psychotropes est une avancée aussi importante que l'invention de la psychanalyse. Il ajoute également que l'histoire des deux thérapies (chimique et par la parole pour simplifier) présente des similarités frappantes. Dans les deux cas, l'insistance sur le traitement à long terme et la difficulté d'arrêter ce traitement lui rappellent une vieille et célèbre boutade affirmant que *la psychanalyse était devenue la maladie qu'elle était censée soigner*.

Aujourd'hui, le déclin de la psychanalyse semble aussi certain que le succès du traitement psychopharmacologique en matière de santé mentale. De même que l'énorme diffusion de la première jusqu'au milieu des années 1970 n'a pas diminué la souffrance psychique, l'explosion de la consommation des psychotropes ne semble pas, elle non plus, diminuer de façon significative ni le nombre ni la variété des problèmes de santé mentale contemporains. Si l'on reprend la vieille boutade à l'égard de la psychanalyse, *on pourrait dire que les psychotropes sont devenu la maladie qu'ils étaient censés soigner*². Le champ de la santé mentale semble inexorablement truffé de paradoxes, du moins si l'on prend au pied de la lettre les injonctions à la santé des programmes de prévention publics, les espoirs scientifiques de guérison des maladies mentales et le rêve d'un monde sans détresse ni handicaps psychologiques, voire sans souffrance ni déviance. La sociologie peut-elle nous aider à voir plus clair dans cet univers de paradoxes?

Sociologie et santé mentale : du « psychanalisme » à la psychologisation

L'une des raisons qui mènent la sociologie à s'intéresser aux modes d'intervention en santé mentale depuis une trentaine d'années est sans doute la compréhension des formes de régulation des conduites dans les sociétés «libérales», c'est-à-dire les nôtres. Les sociétés «libérales», au moins dans l'un des sens possibles qu'on peut donner à ce terme, sont des sociétés où les conflits, les déviances, les dysfonctionnements, voire les identités, sont «régulés» par des dispositifs complexes qui, tout en instaurant des clivages entre les différentes catégories des personnes, font référence à des valeurs positives telles que la santé physique et mentale, la croissance de l'économie et de l'emploi, la protection de l'environnement, voire la recherche du bonheur. Depuis trois décennies au moins, la référence à la santé mentale et à la souffrance psychique, joue un rôle capital dans la régulation «libérale» des conduites, de nos conduites.

En effet, à l'aube des années 1970 paraît une étude du sociologue Robert Castel, devenu rapidement un classique du genre, qui s'intéresse au phénomène de la diffusion extraordinaire de la psychanalyse au-delà de la sphère clinique³. Rien, à cette époque, ne semble se dérober à l'emprise de la psychanalyse qui séduit les sciences sociales, l'art, la médecine, les médias et même le sens commun. Orientation psychothérapique prédominante en Amérique du Nord et vérita-

ble paradigme culturel en Europe de même qu'en certains pays d'Amérique du Sud, la psychanalyse recelait toutefois quelque chose de troublant aux yeux de Castel. Comment une pratique et une théorie qui se prétendent libératrices, ou du moins contestataires des interventions traditionnelles en santé mentale, réussissent-elles à s'enraciner si profondément dans les institutions et à se diffuser avec un tel succès? Quel est le secret de leur prestige et de leur puissance de séduction malgré leur inefficacité, du moins par rapport aux bienfaits tous azimuts qu'elle était censée apporter ?

L'hypothèse posée par Castel assimile le fonctionnement à l'échelle du social de la *psychanalyse* à celui d'une idéologie qu'il appelle du néologisme psychanalisme. Cette idéologie prenant pied sur le terrain de la santé mentale, mais le débordant dans toutes les directions, était censée opérer la transcription de nombreux problèmes hétérogènes et complexes (sociaux, économiques, politiques, culturels) sur le champ clos de l'inconscient et, plus largement, sur le registre du psychologique. Ce codage, pour faire simple du social par le langage du psychologique, était censé permettre une gestion plus souple et efficace de certains problèmes sociaux, en les délestant des assignations conflictuelles et politiques, exception faite bien entendu des conflits dits intrapsychiques. Tout pouvait désormais

être expliqué par la psychanalyse : l'origine de la civilisation, la montée du nazisme en Allemagne, les difficultés érectiles, les maladies de la peau... La forme institutionnalisée pour désigner un ensemble de problèmes hétérogènes, en les saisissant par une dimension qui subordonnait, voire réduisait, la complexité de ces problèmes à la seule dimension du psychisme, était à l'époque la catégorie passe partout de *névrose*. Il est suggestif de constater que le mot *névrose*, autrefois omniprésent et polyvalent, a été aujourd'hui complètement effacé de la bible de la psychiatrie, le DSM IV⁴.

Depuis le milieu des années 1970, l'on commence à parler de plus en plus, en sociologie et en anthropologie à tout le moins, de psychologisation du social, de «nouvelles personnalités» et de nouvel individualisme⁵. De manière un peu schématique, on pourrait dire qu'on postule trois hypothèses : la crise ou fin de la psychanalyse comme référence pour interpréter, gérer et traiter les problèmes de santé mentale, l'accentuation du phénomène de la psychologisation des rapports sociaux initiée sous le régime de la psychanalyse et, enfin, l'émergence d'une «nouvelle névrose», corrélative d'un «nouveau type de personnalité». La «nouvelle névrose» est définie en termes descriptifs comme caractérisée par : un sentiment de vide intérieur, le désir constant de reconnaissance, la méfiance à

l'égard d'autrui, la difficulté de s'attacher de façon durable, la peur de vieillir, le mépris des dimensions historiques de la subjectivité, le brouillage des frontières entre le privé et le public, la recherche de la jouissance immédiate, la concentration sur le présent immédiat et l'avenir, etc. En un mot le « psychanalysme » n'avait plus besoin de la psychanalyse pour psychologiser le social et le nouveau malaise dans la civilisation, pour paraphraser le travail classique de Freud, n'avait plus les caractéristiques des anciennes névroses qu'on retrouvait sur les divans des psychanalystes et qui expliquaient tout et son contraire.



La « nouvelle névrose » : dépression, anxiété, anxiodépression

C'est le même Robert Castel qui en 1981 parle ironiquement de la « prolifération cancérigène » d'une nouvelle structure de la personnalité qu'on appelle à l'époque, à tort ou à raison, narcissique. Ce qui est ironie en 1981 pour certains sociologues ne le sera plus vingt ans après pour les épidémiologues qui s'entendent de plus en plus pour identifier la « nouvelle névrose » comme étant la dépression. En effet, au Forum économique de Davos de 1999, on définit la dépression comme le « cancer du XXIe siècle », capable d'occasionner des coûts économiques effarants en

termes de perte de journées de travail et de surconsommation des médicaments. L'Organisation Mondiale de la Santé, dans son rapport mondial sur la santé mentale publié en 2001, affirme que la dépression (les troubles dépressifs unipolaires) est la première cause d'incapacité en Occident en AVI (années vécues avec une incapacité). Elle prétend aussi que la dépression deviendra en 2020 en tête des causes de morbidité en Occident, dépassant les maladies cardiovasculaires⁶.

Au Canada, en 1995, la dépression était la quatrième cause de consultation d'un

On définit la dépression comme le « cancer du XXIe siècle », capable d'occasionner des coûts économiques effarants en termes de perte de journées de travail et de surconsommation des médicaments.

médecin, elle passait à la deuxième position en 2000, derrière l'hypertension artérielle, et ce jusqu'en 2003. La dernière décennie a été fort heureuse pour la dépression, c'est le diagnostic qui a connu la croissance la plus rapide chez les médecins exerçant en cabinet (exclusion des hôpitaux), car les consultations pour ce trouble ont doublé entre 1994 et 2004⁷. *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être* publiée en 2002⁸ va dans le même sens. 10, 4% des personnes consultées disent avoir éprouvé ou éprouvent, soit un trouble mentale ou dépendance soit les deux, au cours des 12 mois qui ont

précédé l'enquête. Les troubles de l'humeur touchent 4,9% des personnes (dont 4,5% correspond au trouble dépressif majeur) et les troubles anxieux atteignent 4,7% (3% trouble d'anxiété sociale; 1,6% trouble panique; 0,7% l'agoraphobie). Toutes les dépendances confondues représentent environ 3% des personnes consultées (2,6% pour la consommation d'alcool; 0,7% pour les drogues illicites).

Deux autres données sont intéressantes à souligner. D'une part, 78% des consultations pour dépression et 61% des consultations pour anxiété ont conduit à la prescription d'un médicament⁹. Si les Canadiens, et surtout Canadiennes¹⁰, sont

déprimés, le marché des médicaments de l'esprit garde le moral et il est même euphorique. Depuis 1999, le nombre d'ordonnances de ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) a augmenté de 83%. D'autre part, l'on consulte de plus en plus les médecins de famille et les omnipraticiens pour ce qu'on définit comme des « problèmes de santé mentale ». Prenons encore les ISRS qui représentent 81% de tous les antidépresseurs prescrits. En 1999, 20% des ISRS ont été prescrits par des psychiatres tandis qu'un 2003 seulement 16%. En 1999, 76% des ISRS ont été prescrits par des médecins de famille et des omnipraticiens tandis

RESSOURCE WEB

MÉOS

L'équipe de recherche sur le médicament comme objet social et culturel

www.meos.qc.ca

Thématique générale de l'Équipe MÉOS :

Le recours au médicament - pour soulager la douleur physique et psychique, prévenir la maladie, améliorer la santé, mieux performer - dépend d'une foule de facteurs médicaux et non médicaux en interaction constante. C'est à partir d'un cadre systémique, constructiviste et critique que notre équipe appréhende le médicament comme objet social, culturel et technique. L'approche est constructiviste dans la mesure où le médicament est envisagé comme traversant un « cycle de vie » au cours duquel son rôle et ses finalités se construisent socialement et culturellement en même temps qu'il transforme le contexte dans lesquels il s'inscrit (Van der Geest et al., 1996; Nichter & Vuckovic, 1994). Elle est systémique parce que seule la compréhension de l'ensemble du cycle permet d'appréhender l'objet « médicament » dans toutes ses composantes. L'approche est également critique au sens où nous situons le médicament au carrefour d'un ensemble de régulations politiques, économiques, culturelles et techniques qui débordent largement la seule fonction thérapeutique à travers laquelle son utilité est habituellement définie et d'où il tire sa légitimité.

Ceci engage à regarder la trajectoire du médicament en amont, à travers la sphère de production (industrie pharmaceutique, monde de la recherche, agences régulatrices dévolues à l'approbation de la mise en marché) et en aval, à travers son introduction dans les pratiques de santé, de sa distribution (professionnels agissant dans le système de santé et à la marge à travers les pratiques alternatives) à sa consommation.

À partir d'une expertise multidisciplinaire unique par rapport au médicament (sociologie, histoire, psychologie, éthique), l'Équipe MÉOS se propose d'actualiser une programmation sur trois axes capable d'instituer un nouveau champ - celui du médicament comme objet social et culturel - et d'assurer le regroupement durable de chercheurs autour de ce thème, à la fois majeur et complémentaire avec la recherche épidémiologique sur l'utilisation du médicament.

Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser, Rapport de recherche présenté au Conseil de la santé et du bien-être (CSBE). Le document peut être consulté en format PDF sur le site.



qu'en 2003, cette proportion s'est élevée à 81%¹¹.

Les généralistes sont devenus les spécialistes de la nouvelle névrose, ou plutôt, la névrose actuelle est devenue un mal général. Le mental échappe au seul registre psychiatrique pour se loger plus aisément dans l'univers flou, et en quelque sorte plus accessible, de la médecine générale. À l'instar de ce que Robert Castel appelait les thérapies psychologiques pour les «normaux», indiquées pour des maux également «normaux», les maux généraux (psychiques? psychosociaux? sociaux?) contemporains sont de plus en plus soignés par les «généralistes». La «grande nervosité contemporaine», pour reprendre l'expression d'Alain Ehrenberg, devient l'énième version du malaise dans la civilisation auquel les multiples disciplines et professions du «mental», anciennes, nouvelles et renouvelées, sont conviées à interpréter, à gérer, à traiter, à guérir et, si possible, à prévenir. On le devine, ces efforts ne parviendront pas à leur but, si leur but est bien entendu d'éradiquer la nouvelle névrose. Par contre, les stratégies d'intervention, psychopharmacologiques ou non, ne cesseront de se diffuser au long et au large du tissu

social et, éventuellement, la nouvelle névrose changera de forme et «remettra au travail» l'ensemble des intervenants (et des disciplines) en santé mentale soucieux de la saisir et de la soigner (nouvelles méthodes diagnostiques, nouvelles thérapéutiques, stratégies de prévention plus adaptées, etc.).

En effet, en 2004, un changement suggestif survient au Canada dans les figures cliniques de la nouvelle névrose par rapport à l'année précédente. En 2003, les 9,3 millions de visites médicales concernant la dépression, en faisaient la deuxième cause de consultation, placée entre l'hypertension (20,3 millions de consultations) et le diabète (8,7 millions), tandis que l'anxiété occupait la sixième place avec 5,3 millions de consultations. En 2004, la dépression descend à la troisième position (9 millions de consultations), placée entre le diabète (9,5 millions) et les examens courants (8,7 millions), tandis que l'anxiété monte à la cinquième place (5,6 millions)¹². On pourrait s'amuser à penser que les 300 000 consultations en moins pour dépression se sont déplacées vers les nouvelles 300 000 en plus pour anxiété. Ce qui va dans le sens de la généralisation des états

Les généralistes sont devenus les spécialistes de la nouvelle névrose, ou plutôt, la névrose actuelle est devenue un mal général.

« anxiodépressifs » dont parlent de plus en plus les psychiatres. Ce qui va dans le sens également de la prescription grandissante des molécules « post-Prozac », comme le Paxil, davantage spécifiques, semble-t-il, pour traiter les états « anxiodépressifs ».

Si l'on regarde ces chiffres, on a l'impression qu'au Canada, comme un peu partout en Occident, les problèmes de santé mentale ne cessent d'augmenter. On est convaincu du fait que les gens sont de plus en plus déprimés, ou anxiodéprimés, et que les médicaments psychotropes sont les thérapies les plus adéquates pour les traiter.

D'une part, les agences gouvernementales locales et internationales (OMS, Santé Canada, MSSSQ, etc.) sonnent l'alarme quant à l'augmentation des problèmes de santé mentale et à leurs conséquences socioéconomiques. D'autre part, les avancées de la nouvelle psychiatrie, de la psychopharmacologie et de la génétique, que l'on affirme spectaculaires, laissent entendre que l'on diagnostique de façon plus précise et que l'on soigne plus efficacement (nouvelles molécules spécifiques et moins toxiques). Peut-on prétendre avoir la capacité de mieux soigner

tandis qu'on assiste du même coup à une multiplication inédite de problèmes de santé mentale? Bref, on est en présence d'une véritable épidémie de problèmes de santé mentale pour laquelle on dispose des moyens diagnostiques et thérapeutiques très efficaces qui toutefois ne guérissent pas! *Comment expliquer ce mariage étrange d'optimisme thérapeutique et de pessimisme épidémiologique?* Le paradoxe de la santé mentale se renouvelle, si l'on remplace bien entendu le mot psychanalyse par le mot psychotrope.

Santé mentale et normes sociales

Les interventions « psy » (psychosociales, psychothérapeutiques, psychoéducatives, psychopharmacologiques, psychiatriques) contribuent à la reconduction et à la mise au point de normes sociales, d'autant que les mécanismes et institutions davantage classiques de socialisation subissent des transformations profondes depuis plusieurs décennies. La famille, l'école, l'État, l'environnement de travail, l'Église, voire ce que l'on appelle la « communauté », ont de plus en plus recours aux interventions à caractère « psy » lorsqu'il s'agit de pallier aux « dysfonctionnements », ou mieux encore, de « produire » des comportements « adaptés » dans une optique dite « proactive ». Le statut profondément ambigu de ce type d'interventions, oscillant entre la socialisation, le dressage et la thérapeutique, loin de constituer un handicap, se révèle comme l'un des vecteurs de leur diffusion au-delà du contexte exclusivement clinique.

Quels sont les liens entre les exigences normatives actuelles et les processus de définition de problèmes de santé mentale et des thérapeutiques? La définition d'un « problème » comme relevant du champ de la santé mentale est un processus social, culturel et médical complexe. Il demeure toutefois une certitude plus empirique que théorique à l'effet que certains problèmes

de santé mentale semblent être plus proches des variations de la normativité que d'autres. Si l'on sépare grossièrement les « psychoses » (troubles sévères fort handicapants touchant une minorité de la population, pensons à la schizophrénie) des « névroses » (troubles moins handicapants mais fort généralisés), on peut constater la relative stabilité des premières (par exemple, la schizophrénie touche souvent environ 1% des populations occidentales), et la variété (dépression, anxiété, hystérie, phobies, etc.) et l'ampleur (par exemple, la dépression affecterait aujourd'hui entre 12% et 25% des femmes et entre 6% et 12% des hommes) des deuxièmes. Ces dernières sont plutôt : 1) historiquement volatiles (elles apparaissent, deviennent épidémiques et disparaissent, par exemple l'hystérie hier et la dépression aujourd'hui); 2) floues (en transformation constante, de symptomatologie riche et ambiguë, et, de ce fait, difficiles à diagnostiquer) et 3) formidables révélateurs des manquements aux impératifs sociaux (l'hystérie comme échappatoire de la rectitude sexuelle du XIXe siècle, ou la dépression, comme manifestation de l'envers des exigences de performance sociale contemporaine). C'est en ce sens que Roger Bastide, l'un des pionniers de la sociologie de la santé

CAPSULE PHARMACO

Le millepertuis : un antidépresseur naturel?

Auteur : Bulletin d'information toxicologique
Vol. 14, no 4; octobre 1998
Lyse Lefebvre
Pharmacienne
Centre de toxicologie du Québec
<http://www.ctq.qc.ca>

Le millepertuis (aussi connu sous le nom de St-John's Wort ou Herbe de St-Jean) est utilisé pour ses propriétés thérapeutiques depuis plus de 2 000 ans. Il a d'abord été employé en usage externe pour accélérer la guérison des plaies. Des écrits de Dioscoride, Galien, Pline l'Ancien, Hippocrate et Paracelse font état de nombreuses indications de la plante tant en usage interne qu'externe. Le millepertuis était donc utilisé pour le traitement des brûlures ou des morsures de serpents venimeux; pour le soulagement des problèmes digestifs tels que les ulcères, les gastrites, les nausées et la diarrhée; pour les problèmes urinaires, les douleurs menstruelles, l'anémie, les parasitoses intestinales. On lui attribuait même des pouvoirs magiques comme protecteur contre les sortilèges. Enfin, pendant des siècles, des médicaments à base de millepertuis ont été utilisés pour le traitement de la névralgie du sciatique, de l'énurésie, de la dépression, de l'insomnie et des troubles de l'humeur associés à la ménopause. Au fil du temps, avec l'avènement de la pharmacologie moderne, l'usage médicinal du millepertuis a progressivement été abandonné. Depuis une quinzaine d'années, elle a cependant connu un regain de popularité, particulièrement en Europe, où elle est reconnue comme un tonique du système nerveux, efficace dans le traitement de l'anxiété, de la dépression et de l'insomnie. En Allemagne, les médecins semblent convaincus de son efficacité puisque c'est l'antidépresseur le plus prescrit. On estime que les trois millions d'ordonnances de millepertuis rédigées annuellement par les médecins allemands représentent la moitié de tous les antidépresseurs prescrits à l'échelle nationale. Cependant, même si les médicaments naturels à base d'*Hypericum perforatum* semblent

réellement utiles dans le traitement de certains cas de dépression, nos connaissances actuelles sur ce sujet ne suffisent pas pour sauter aux conclusions et recommander d'emblée son utilisation. On sait que l'*Hypericum perforatum* est aussi efficace dans le traitement des dépressions légères à modérées que les antidépresseurs de première génération (imipramine, amitriptyline, maprotiline). Il n'a pas été comparé aux nouveaux antidépresseurs (fluoxétine, sertraline, paroxétine, venlafaxine). D'autres études seront donc nécessaires pour établir son efficacité comparativement à ces derniers qui sont plus efficaces et entraînent moins d'effets secondaires que leurs prédécesseurs.

Par ailleurs, si plusieurs pays européens et particulièrement l'Allemagne approuvent l'usage médicinal des plantes, incluant le millepertuis et réglementent la fabrication, la distribution et l'étiquetage des médicaments naturels, il n'en va pas de même au Canada et aux États-Unis. En effet, en Amérique du Nord, l'absence de réglementation et de contrôle de qualité, font qu'il est impossible de garantir le contenu d'un médicament naturel et sa concentration en principe actif. Les résultats d'analyses chimiques effectuées sur différents produits à base de millepertuis, publiés en août 1998, dans le L.A. Times ont montré que le contenu d'un produit et sa concentration en hypericine sont souvent très différents de ce qui est indiqué sur l'étiquette et peuvent varier d'un lot à l'autre du même produit. Il est par conséquent, impossible de prévoir l'effet d'une quantité déterminée d'un produit, rendant son utilisation hasardeuse. Au Canada, le marché du millepertuis est libre et on peut se le procurer en pharmacie, dans les herboristeries ou au comptoir « Produits naturels » des commerces à grande surface. La plupart des individus qui consomment du millepertuis, le font sans avis médical et, bien souvent, ils n'en informent même pas leur médecin et l'utilisent concurremment avec des antidépresseurs de « synthèse », augmentant ainsi les risques d'interaction et d'effets indésirables.

mentale, affirmait il y a longtemps que les « névroses » semblent constituer un objet plus adéquat pour la sociologie que les « psychoses »¹³.

Quels sont ces impératifs sociaux mis en relief par la « névrose actuelle » ? Pierre Bourdieu

affirmait, peu de temps avant sa mort, que la normativité des sociétés actuelles se fonde sur l'institution de l'insécurité¹⁴. On n'aurait plus seulement affaire aux formes de précarisation liées aux cycles « naturels » d'expansion et de



On serait passé en quelque sorte d'une société marquée par la référence à la discipline, l'interdit et l'obéissance, à une autre marquée par le primat de l'autonomie, la responsabilité et de l'initiative.

récession de l'économie capitaliste, mais également à l'application systématique d'un «management rationnel» qui institutionnalise la précarité et l'insécurité comme mode normal de l'organisation du travail et, de plus en plus, comme style de vie. Dans le domaine de la santé mentale, il est couramment accepté aujourd'hui que l'un des «déterminants sociaux» des problèmes de santé mentale est ce que l'on appelle le «stress environnemental». Ce «stress» serait lié, entre autres, à l'instabilité de l'ensemble des contextes de vie actuels auxquels «il faut» s'adapter pour vivre en société et, on le sait, on ne peut pas vivre autrement.

En revanche, le renforcement de la capacité des sujets à s'adapter au «stress environnemental», plutôt qu'à pro-

blématiser les expériences de difficulté qui y sont associées, constitue l'un des principaux «déterminants psychologiques» de la «santé mentale». Il n'est donc pas étonnant qu'à côté du «management rationnel» qui institutionnalise la précarité au niveau de l'organisation du travail et de plus en plus de la vie toute entière, apparaisse, comme son ombre, un «management thérapeutique», dont le rôle premier consiste à développer les *capacités individuelles d'adaptation* des sujets aux nouvelles conditions de vie, c'est-à-dire aux nouvelles normes. Ces deux logiques de régulation des conduites, industrielle ou productive, d'une part, et thérapeutique, d'autre part, sont productrices de normes sociales : autrement dit elles balisent le champ des conduites des sujets que l'on

veut «compétents» sur le plan social et psychologique.

Pour Alain Ehrenberg, on assisterait à la crise du modèle «disciplinaire» de régulation des conduites qui a caractérisé l'Occident jusqu'à la première moitié du XXe siècle. On serait passé en quelque sorte d'une société marquée par la référence à la discipline, l'interdit et l'obéissance, à une autre marquée par le primat de l'autonomie, la responsabilité et de l'initiative. Le phénomène de la nouvelle individualité, c'est-à-dire la forme sociale actuelle commune à tous les individus singuliers, se traduit non seulement par une plus grande exigence d'autonomie pour chacun d'entre nous, mais aussi par l'émergence de nouvelles «difficultés», pour l'essentiel codées dans le registre du psychologique. Celles-ci sont pré-

sentées comme l'envers, voire le prix à payer, de l'affranchissement disciplinaire. En ce sens que l'individu lui-même se voit obligé de «choisir» ses règles de conduite pour évoluer de façon «adaptée» à l'intérieur de dynamiques environnementales changeantes et instables (professionnelles, familiales, conjugales, scolaires, amoureuses, amicales, sexuelles, de loisirs, identitaires, etc.) dans lesquelles il est à la fois projeté et soustrait en permanence.

Toutefois, si l'individu contemporain est contraint de «choisir» davantage, cela ne veut pas dire qu'il «choisit» de choisir et qu'il contrôle l'offre des choix disponibles. Cela signifie plutôt qu'il est soumis à de nouvelles règles sociales qui balisent sa conduite qui, celle-là, continue d'être normée, régulée, c'est-à-dire sociale. La dimension sociale du soi a profondément changé et, à cer-

tains niveaux, de façon spectaculaire. Mais elle continue d'exister et elle continue d'être contraignante. Les thérapies contemporaines en santé mentale (chimiques ou pas) continuent de cibler et d'intervenir sur la partie sociale de l'individu. Cette nouvelle individualité nous montre surtout une redistribution de la gestion d'une part significative des tensions et des conflits sociaux en une série des «thèmes» très divers : «crise de la subjectivité», «mal-être identitaire», «manque de compétences adaptées», «absence de projet de vie», «perte d'autonomie», «dépendance», «fatigue», «apathie», «amotivation», «hyperactivité», «troubles de l'humeur et de l'attention», etc.

La catégorie nosographique de dépression (à laquelle il faudrait ajouter celle de l'anxiété) réussit efficacement à articuler dans un ensemble

cohérent un nombre significatif de ces «thèmes» qui, dans le langage psychiatrique, sont codés comme des «symptômes». Le succès de la dépression, et de plus en plus de l'anxiété, se trouve dans sa façon efficace de coder l'envers de la nouvelle normativité. La dépression montre ainsi la normativité en creux : elle montre ce dont nous ne sommes pas capables et ce dont nous devrions être capables pour être un individu aujourd'hui, c'est-à-dire selon les exigences de la nouvelle individualité. L'individu contemporain est ainsi, anthropologiquement parlant si l'on peut dire, autant autonome et responsable qu'anxieux et déprimé. Les normes sociales nous montrent aussi bien la forme de la normalité que de la pathologie, car toutes les deux sont constitutives de notre individualité actuelle.

Nouvelle psychiatrie : traiter l'esprit par le corps

Qui est aujourd'hui le sujet cible des techniques de soins psychologiques et psychiatriques? De quel sujet parlons-nous lorsqu'on a affaire au domaine de la santé mentale? L'individu contemporain, on l'a vu, est amené à se concevoir de plus en plus comme un être autonome et responsable dont le «sort social» dépend essentiellement de sa capacité d'adaptation aux «environnements sociaux» où il évolue (famille, travail, études, amour, amitié, loisirs etc.). Toutefois, l'exigence d'adaptation s'avère une tâche d'autant plus éprouvante que les «environnements sociaux» sont précaires, que les règles de conduites pour y évoluer nécessitent une mise au point permanente et que les «modes d'emploi» sociaux (comment s'y prendre pour s'adapter aux exigences sociales changeantes) sont de plus en plus «à la charge» des individus. Ce «supplément de travail d'adaptation sociale» mis sur

le compte de la «responsabilité individuelle» du sujet nécessite souvent des «supports» qui permettent à ce dernier d'agir «en son propre nom», c'est-à-dire de manière autonome et de prendre constamment des initiatives.

Dans cette optique, les médicaments psychotropes (antidépresseurs, stimulants du système nerveux central, etc.) sont censés permettre aux sujets de mieux réguler leur activité ou/et leur humeur, et les techniques d'intervention psychosociales ou psychothérapeutiques (notamment d'inspiration cognitivo-comportementale, néohumanistes et communautaires) sont censées les aider à mieux s'adapter aux exigences environnementales concrètes sur les plans cognitif, émotionnel et comportemental. L'exigence normative d'autonomie sociale, de performance et d'adaptation continue, telle qu'elle se présente dans les sociétés libérales actuelles, semble



peu compatible avec des stratégies d'intervention «à long terme» et «en profondeur» comme celles qui relèvent des approches s'inspirant de la psychanalyse. Aujourd'hui, il semble plus pertinent d'intervenir sur le «support mécanique et énergétique» de l'individualité, c'est-à-dire le corps, conçu à la fois comme machine et organisme, que de nombreuses stratégies d'intervention en santé mentale (psychopharmacologiques et non psychopharmacologiques) voient comme le siège et la source de l'action et de l'humeur.

Dans le domaine de la santé mentale, le sujet (client, usager, bénéficiaire, groupe thérapeutique, etc.) que l'on soigne est de moins en moins envisagé comme un sujet parlant avec une histoire singulière, qui formule une plainte ou éprouve une souffrance à laquelle il faut donner sens, mais plutôt comme un corps, un corps à la fois machine et organisme, un corps somme toute muet. Soit l'«action» du corps est inhibée (ou surexcitée) et il faut la stimuler (ou l'inhiber), soit l'«action» du corps s'avère inadaptée et il faut procéder à sa réadaptation. Relancer (ou inhiber) l'action du corps-organisme et dresser l'action du corps-machine constitue aujourd'hui l'essentiel du mandat thérapeutique des stratégies d'intervention qui visent la «santé mentale». Du premier, s'occupent les médicaments psychotropes (entre autres les antidépresseurs et les anxiolytiques¹⁵) et, du deuxième, s'occupent les techniques d'inspiration cognitivo-comportementale, aujourd'hui dominantes. C'est pour cette raison qu'au-delà des polémiques autour des différentes définitions de la dépression, par exemple, elle est de plus en plus présentée avant tout comme une «pathologie de l'agir», voire comme une «panne de l'action».

Quelle est la contribution de la psychiatrie contemporaine, c'est-à-dire de la science, au re-

centrement des thérapeutiques sur le corps? Une nouvelle étape de naturalisation des objets de la psychiatrie s'est accélérée au cours des années 1980 et 1990 par la convergence des avancées des neurosciences, de l'informatique et de la génétique, qui permettent d'observer le fonctionnement du cerveau vivant et «normal» presque en temps réel. Du même coup, on assiste à un renouvellement des hypothèses organicistes pour expliquer de ce que l'on appelle de préférence «troubles mentaux» plutôt que «maladies mentales». Du côté de la clinique, un événement lourd de conséquences a changé profondément la pratique de la psychiatrie et plus largement de la médecine «mentale», car on a vu que la santé mentale est de mois en mois entre les mains des psychiatres. En effet, l'*Association des Psychiatres Américains* publie en 1980 un nouveau manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le désormais célèbre *DSM-III*, censé permettre aux cliniciens, partisans de doctrines étiologiques différentes (psychanalyse, behaviorisme, organicisme, cognitivisme, existentialisme, systémique, etc.) de poser des diagnostics «comparables». Une sorte d'accord de libre échange nosographique pour sortir du «chaos diagnostique» dans lequel la discipline était plongée depuis des décennies.

En effet, la refonte de la classification de troubles mentaux et la mise au point de critères diagnostiques descriptifs sont censées conduire à la mise en place d'un modèle d'intervention, d'une part, plus opératoire et standardisé et, d'autre part, à l'établissement d'un «consensus» nouveau genre, qu'on appelle en épidémiologie «fidélité interjuge» (deux cliniciens d'allégeances théoriques différentes pourraient parvenir au même diagnostique en suivant les critères des-



criptifs proposés à partir du DSM III). Pour passer du « chaos » diagnostique des années 1960 et 1970 à l'ordre « néo-krapelinien »¹⁶, il a fallu procéder à deux opérations majeures riches de conséquences, à savoir : 1) remplacer le raisonnement étiologique par le raisonnement syndromique et 2) faire entrer l'esprit dans le corps du sujet.

La première opération consiste tout simplement à contourner la question des « causes invisibles » des pathologies mentales (sociales, économiques, culturelles, politiques, etc) question considérée comme méthodologiquement non pertinente, car impossible d'opérationnaliser. Et surtout comme source de conflits irréductibles et des polémiques interminables entre écoles. La recherche scientifique psychiatrique devrait se concentrer plutôt sur l'étiopathogénie, c'est-à-dire la compréhension des mécanismes qui déclenchent les symptômes, au lieu de s'enliser dans la recherche de « causes invisibles » extra-psychiatriques. Une affirmation du psychiatre, psychanalyste et chercheur Daniel Widlöcher illustre bien le raisonnement étiopathogénique ou syndromique : « la preuve est faite que les antidépresseurs marchent sur l'inhibition de l'action, quelle qu'en soit la cause ou la raison ». Plus loin, le même auteur ajoute : « j'y insiste, quelles que soient les origines morales ou organiques des causes, le traitement médicamenteux agit de façon spectaculaire »¹⁷. Le « raisonnement syndromique »¹⁸ n'a plus besoin d'une psychopathologie « classique », forcément associée à une doctrine étiologique, pour comprendre l'origine des troubles mentaux, voire leur donner un sens.

L'un des buts du *DSM-III* (1980) était de rendre possible l'existence d'un langage commun aux chercheurs et aux cliniciens, pour établir une meilleure communication entre recherche et

intervention. Toutefois, certains critères méthodologiques indispensables à la recherche ont été imposés à la pratique clinique, ce qui se traduit par un effet de standardisation plutôt que de raffinement diagnostique. Ce choix méthodologique de privilégier ce qui est directement observable (par le professionnel ou le patient) au détriment de ce qui peut être cliniquement pertinent, mais qui ne s'offre pas d'emblée à l'observation, n'est pas neutre. À tout le moins, la neutralité théorique déclarée par les auteurs des successives versions du *DSM* va dans le sens de la consolidation d'un nouvel équilibre d'influences théoriques. Équilibre marqué par 1) le déclin de la psychanalyse, et plus largement des modèles centrés sur l'analyse des causes « invisibles » des symptômes, et 2) par la montée du paradigme cognitivo-comportemental et communautaire, et plus largement des modèles centrés sur le contrôle des symptômes et l'« outillage des usagers » ainsi que de leur entourage. Concrètement, le *DSM-IV* efface le dernier vestige psychanalytique en congédiant définitivement le terme « trouble névrotique » du paysage nosographique.

Aujourd'hui, il est devenu possible de poser un diagnostic de dépression par exemple avec une facilité désarmante, en cochant une liste de symptômes (5 symptômes sur 9 dans le cas de la dépression), ce qui fait que le *DSM-IV* se trouve autant dans les bureaux des psychiatres que dans ceux des omnipraticiens, des psychologues, des travailleurs sociaux, des psychoéducateurs, des psychologues, des intervenants communautaires, etc. Cette manière de procéder, qui s'appuie sur des études épidémiologiques sérieuses à grande échelle portant sur des populations dites homogènes, représente la moyenne de tous les symptômes mais ne correspond à ceux d'aucun soigné

en particulier. Ce qui facilite, voire rend possible la recherche, n'est pas forcément un bon outil clinique. Les grilles «autodiagnostiques» disponibles au public sur Internet et les brochures des compagnies pharmaceutiques disponibles dans les salles d'attente des cabinets des médecins généralistes, reproduisent systématiquement, par exemple dans le cas de la dépression, les 9 critères du *DSM-IV* et diffusent une représentation «syndromique» des troubles mentaux.

Le souci scientifique d'objectiver le subjectif ne semble possible qu'en évacuant l'intentionnalité, l'histoire singulière et la parole significative de la personne en consultation. Bref, en faisant l'économie de l'«esprit» du sujet. C'est donc en ce sens qu'il est nécessaire de faire entrer l'«esprit» du sujet dans son «corps», si l'on veut respecter le critère scientifique de «fidélité interjuge». Ce que l'on demande au sujet, c'est d'être un «interlocuteur» discret capable de limiter son discours (voire le pétrir) aux exigences minimalistes et standardisées de la classification syndromique. Le sujet cible de l'intervention se contente de répondre à des questions dites structurées : avez-vous des troubles de sommeil?, vous sentez-vous fatigué?, avez-vous des idées noires?, depuis combien de temps cela dure-t-il? Les réponses à ces questions sont susceptibles de mener en quelques minutes à l'établissement d'un diagnostic «fidèle». La parole vidée de son intentionnalité contribue certes à homogénéiser les populations cliniques et à faciliter la généralisation d'un même traitement pour chaque syndrome

«identifié», très souvent la prescription d'un médicament psychotrope. Mais, contribue-t-elle à poser des diagnostics davantage raffinés et personnalisés?

L'efficacité des nouvelles molécules chimiques mises sur le marché périodiquement par les compagnies pharmaceutiques est l'objet de vifs débats. En revanche, leur statut acquis de médicament confortable (plus maniables par les praticiens et les usagers, et présentant moins d'effets secondaires) assorti de l'«universalité» diagnostique de la classification syndromique contribue à assurer leur diffusion au-delà des populations cliniques. De ce fait, les variations de l'humeur découlant des expériences de difficulté de la vie quotidienne sont appelées de plus en plus «états dépressifs subsyndromiques», «troubles de l'adaptation avec humeur dépressive», «troubles de l'adaptation avec anxiété», voire «états anxio-dépressifs». Et traitées de préférence au moyen de médicaments psychotropes.

Il est néanmoins intéressant de souligner que le fait d'apaiser la souffrance psychique à l'aide de médicaments psychotropes continue d'être jugé moins légitime, voire moins «naturel», que le fait d'avoir recours à des méthodes proprement psychothérapeutiques (l'action du psychisme du praticien sur le psychisme du patient, les démarches de croissance personnelle, les groupes de soutien, etc.). Symboliquement parlant, certains médicaments psychotropes, dont les antidépresseurs, posent une question culturellement pertinente, mais insupportable pour une conception judéo-

Les variations de l'humeur découlant des expériences de difficulté de la vie quotidienne sont appelées de plus en plus «états dépressifs subsyndromiques», «troubles de l'adaptation avec humeur dépressive», «troubles de l'adaptation avec anxiété», voire «états anxio-dépressifs». Et traitées de préférence au moyen de médicaments psychotropes.

chrétienne de la douleur : l'irrationalité de la souffrance. Pourquoi souffrir? À quoi sert la souffrance? Quel est le rôle thérapeutique de la souffrance? De toute façon, on n'a pas le temps de s'arrêter pour souffrir, et l'on voit de moins en moins en quoi cela pourrait nous aider. Certains médicaments psychotropes qui promettent, et parfois tiennent leur promesses, de « remettre sur pied » le patient profondément déprimé en quelques semaines, comblent cette demande de guérison rapide et se font écho en même temps de l'interpellation actuelle concernant la remise en question

de l'« utilité » thérapeutique, voire existentielle, de la souffrance.

Plus encore, les manifestations subjectives de la souffrance psychique (tristesse, douleur morale, idées noires, etc.) attirent moins l'attention des chercheurs en psychiatrie que les dysfonctionnements de l'action (ralentissement psychomoteur, perte d'énergie, hyperactivité, agitation, troubles de l'attention, passage à l'acte, etc.). Dans le cas concret de la dépression, c'est moins la tristesse que le ralentissement psychomoteur qui « explique » de plus en plus ce « syndrome ». Quelqu'un peut souffrir,

mais pour qu'il soit « vraiment » déprimé, il faut qu'il soit incapable d'agir, ou du moins qu'il y arrive difficilement. L'anti-dépresseur promet de débloquent l'action et de permettre à l'individu de ne pas s'enliser dans la tristesse et les pensées douloureuses. La tristesse profonde, voire handicapante, devient la panne de l'action. En un mot, il n'est plus nécessaire d'être triste pour être déprimé. C'est moins l'humeur triste que la fatigue (ou l'excitation) du corps, ce corps machine et organisme cible privilégié des interventions, qui « décide » s'il s'agit d'une simple déprime ou d'une vraie dépression.

Conclusion

Les « programmes forts » tant des neurosciences que de la psychologie témoignent de l'étendu et de la légitimité de la psychologisation et de la psychobiologisation tous azimuts de nombreux problèmes sociaux caractérisant les sociétés occidentales contemporaines. Le premier vise à comprendre et modifier « à la racine neuronale » les émotions, les comportements sociaux et les sentiments moraux¹⁹. Le deuxième s'efforce d'intervenir « psychologiquement » sur toute situation imaginable : de la prévention du suicide à la promotion du bonheur en passant par la réduction du chômage, la compétitivité des entreprises ou le racisme²⁰. Ce qui permet d'assister à la découverte récurrente des gènes de la psychopathie ou de la timidité, en même temps que l'on peut écouter des psychologues fort reconnus dans les émissions centrales d'information au Canada expliquer pourquoi les enfants victimes du tsunami n'auront pas des séquelles psychologiques, même s'il s'agit des cultures dont ils ignorent tout, même leur localisation sur une carte géographique. Qu'est-ce qui permet de tout expliquer par le psychologique et par le psychobiologique sans du même coup se ridiculiser?

L'un des secrets du « succès » de la diffusion d'un trouble mental, dont la dépression ou les états anxieux aujourd'hui, se trouve dans le fait qu'il fait déjà partie de notre soi social « normal » comme vulnérabilité potentielle (l'envers de la norme) et que nous trouvons vraisemblable la perspective d'y basculer un jour ou l'autre, dans certaines circonstances censées l'« activer » (deuil, chômage, contre-performance sociale, etc.). La lecture psychologique et neuronale fournit à la fois une grammaire efficace pour expliquer une multitude hétérogène des problèmes (des séquelles des tsunamis

aux contre-performances sociales les plus banales) et les mots pour dire la souffrance psychique et morale.

Toutefois, là encore une autre paradoxe sous-tend le champ sans limites de la santé mentale. D'une part, on assiste à une psychologisation croissante de différents phénomènes et épisodes de la vie des sujets (enfance, adolescence, amitié, sexualité, divorce, travail, politique, chômage, loisirs, vieillesse, maladie, mort, bonheur, etc.) par le biais de leur association directe au domaine de la santé mentale, de la souffrance psychique et du psychologique. D'autre part, la dimension « proprement psychologique » semble s'estomper dans le cadre des stratégies concrètes d'intervention où le « corps mental » (cerveau, gènes, neurotransmetteurs), les « environnements » (entourage familial, réseaux sociaux divers, milieux de vie spécifiques) et l'« action » (comportements concrets à éliminer, réadapter, renforcer, promouvoir, etc.) prennent de plus en plus de place lorsqu'il s'agit de définir la dimension sur laquelle l'intervention en « santé mentale » doit s'articuler. Étrange coup de prestidigitation qui escamote le social par sa psychologisation et le psychique par sa décomposition dans les méandres du cerveau, dans l'orthopédie de l'action et dans l'écologie complexe des réseaux des personnes cibles des interventions. Ou plutôt, comme le montre Didier Fassin, la montée de la souffrance psychique « désigne une manière particulière de souffrir par le social, d'être affecté dans son être psychique par son être en société »²¹.

Aujourd'hui, la psychanalyse, la psychiatrie, la psychologie, la médecine généraliste et les neurosciences vivent dans le monde de la santé mentale. Elles sont convoquées à soigner des maux dits psychiques, qui souvent sont psychosociaux, parfois carrément sociaux, mais toujours humains. L'OMS contribue en toute bonne foi à ce processus de surenchère « psy », car pour elle la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne se réduit pas à l'absence de maladie ou d'infirmité. L'injonction généralisée à la santé mentale, et à la santé tout court, cette entreprise d'acculturation des masses, dont nous parle Raymond Massé²², est une nouvelle utopie, dont l'effet n'est pas d'atteindre les objectifs explicitement visés (la réduction, voire la disparition des problèmes de santé mentale) mais la multiplication des stratégies d'intervention dites en santé mentale dans notre vie quotidienne. C'est dans le cadre de l'utopie hygiéniste de la santé parfaite que le mariage étrange de l'optimisme thérapeutique (on diagnostique et on guérit de mieux en mieux) et du pessimisme épidémiologique (les problèmes de santé mentale se multiplient en variété et en ampleur) peut se consommer, du moins symboliquement, pour le meilleur et pour le pire.

Si la sociologie nous a appris quelque chose, c'est qu'il n'existe pas de société sans fous, sans malheur et sans souffrance, de même qu'il n'existe pas de société sans drogues ou sans crime. Le contraire est tout simplement un contre sens sociologique, c'est-à-dire une variété,

certes récurrente, de l'utopie sociale et scientifique. Mais, que reste-t-il pour notre marge de manœuvre qui fait des nous, des sujets non déterminés, des individus à la fois sociaux et singuliers ? Quelle action, quelle lutte pourrait être entreprise par rapport à l'injonction hygiéniste à la santé mentale ou, si l'on veut à n'être fou que selon l'envers de la norme ? Notre façon d'être normatifs à partir de la norme (c'est-à-dire de chercher à être singuliers à partir de ce que la norme a fait de nous) se trouve, me semble-t-il, dans le fait de tenter d'être fous, déviants et vulnérables *autrement*, plutôt que de se plier à la recherche hygiéniste d'une santé mentale qu'on ne parviendra jamais à définir, sauf en l'assimilant, à tort, à l'adaptation sociale. C'est à cela, me semble-t-il, à quoi ressemblerait aujourd'hui la ruse sociale des antipsychiatres des années 1960 et 1970, qu'ils appelaient la vraie santé mentale, à savoir : non pas tenter d'éliminer la folie, mais tenter d'être fous autrement.

Et comme le dit brillamment Pascal, « les hommes sont si nécessairement fous que ce serait être fou par un autre tour de folie de n'être pas fou ». Une jolie façon me semble-t-il de nommer sociologiquement les limites et les possibilités de la liberté, ou si l'on veut, de la vraie santé mentale. +

ACTION AUTONOMIE

Des libertés bien fragiles

Le collectif pour la défense des droits en santé mentale Action Autonomie lançait le 30 novembre dernier, à l'Économusée du fier monde : **Des libertés bien fragiles. Étude sur l'application de la loi P-38.001 sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.**

Depuis plusieurs années, le collectif dénonce les abus en matière de garde en établissement et questionne la pertinence de la loi P-38.001 qui se donne pour objet d'encadrer les pratiques de garde. Ainsi, lors de la commission parlementaire précédant l'entrée en vigueur de la loi P-38.001, qui devait remplacer la Loi sur la protection

du malade mental, Action Autonomie a lutté pour s'assurer d'un plus grand respect des droits des personnes. C'est dans ce contexte que le collectif a décidé d'entreprendre cette recherche, en s'appuyant sur les dossiers conservés au Palais de justice de Montréal. La requête, l'affidavit, l'avis de présentation, la preuve de signification, le jugement et le procès verbal sont autant d'éléments qui ont permis de vérifier si les délais prescrits par la loi sont respectés. Dans le cadre de cette analyse, des personnes ayant vécu la garde en établissement ont témoigné éloquemment de leur expérience dont certains extraits apparaissent dans le rapport.

www.actionautonomie.qc.ca

- 1 D. HEALY (1997). *The Antidepressant Era*, London, Harvard University Press.
- 2 J. COLLIN; H. DOUCET; D. LAFORTUNE, L. MONNAIS, M. OTERO, M.-È. BLANC et M. PROULX (2004). *Le médicament comme objet social et culturel : Renaissance des écrits et propositions sur les perspectives et les objets de travail à prioriser. Rapport présenté au Conseil de la santé et du bien-être*, MSSSQ, Montréal, Université de Montréal.
- 3 R. CASTEL. (1973) *Le psychanalyse*. Paris: Librairie François Maspéro.
- 4 DSM est le sigle du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* que publie l'American Psychiatric Association. Le DSM-III date de 1980, le DSM-III-R est paru en 1988 et le DSM-IV a vu le jour en 1994. Récemment, une nouvelle révision du manuel précédent a été publiée en 2000, le DSM-IV-TR.
- 5 Entre autres, C. LASCH, (1979). *The Culture of Narcissism, American Life in Age of Diminishing Expectations*, New York, Norton; G. LIPOVETSKY (1983). *L'ère du vide, Essais sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard et R. SENNETT (1977). *The Fall of Public Man*, New York, Knopf.
- 6 Organisation mondiale de la santé (2001), *Rapport sur la santé dans le monde à - La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*.
- 7 http://www.imshealthcanada.com/htmfr/3_1_41.htm
- 8 <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/030903/q030903a.htm>
- 9 http://www.imshealthcanada.com/htmfr/4_2_1_34.htm
- 10 Le trouble dépressif majeur affecterait aujourd'hui 10 à 25% des femmes et 5 à 12 % des hommes, selon les auteurs du DSM-IV-TR (2003), Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux / American Psychiatric Association. Paris, Masson.
- 11 http://www.imshealthcanada.com/htmfr/3_1_41.htm
- 12 http://www.imshealthcanada.com/htmfr/4_2_1_54.htm
- 13 R. BASTIDE (1965), *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion, pp. 73-103. Cela ne veut pas dire que les psychoses relèvent du domaine médical et les névroses du domaine social. Les travaux de Barret, entre autres, montrent les complexes dimensions sociales de la schizophrénie, label qui réunit par ailleurs un ensemble de tableaux cliniques variés et complexes. R. BARRET (1999), *La traite des fous, la construction sociale de la schizophrénie*, Paris, Les empêcheurs de tourner en rond.
- 14 P. BOURDIEU (2001), *Contre-feux 2*, Paris, Raisons d'agir éditions.
- 15 Les effets des antidépresseurs sont complexes (énergisants, psychotoniques, désinhibiteurs de l'action, stimulants de l'humeur, euphorisants, revitalisants, etc.) et les psychiatres ne s'entendent toujours pas sur la nature de leur action des différentes molécules mises au point par les compagnies pharmaceutiques.
- 16 Le psychiatre allemand Emil Kraepelin, né la même année que Freud, a marqué profondément la psychiatrie avec la publication de son *Traité de psychiatrie* à la fin du XIX e siècle. Il s'y applique à établir une classification des maladies mentales en fonction de critères cliniques « objectifs ». Un pareil exploit aurait été accompli un siècle plus tard par l'American Psychiatric Association.
- 17 D. WIDLÖCHER (1997), *La psyché carrefour*, Paris, Georg éditeur.
- 18 C'est-à-dire l'identification et la description d'un ensemble cliniquement significatif de signes et de symptômes associé à une forme de souffrance psychique ou à une incapacité dont se plaint la personne en consultation.
- 19 A. EHRENBERG (2004), *L'esprit neurologique*, conférence dans le cadre du colloque *Médicaments psychotropes et société*, pour le 72e Congrès de l'ACFAS, 10 mai 2004.
- 20 M. OTERO (2003), *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*. Les Presses de l'Université de Laval, Sainte-Foy, 2003.
- 21 D. FASSIN (2004), *Des maux indicibles*, Paris, La Découverte.
- 22 R. MASSÉ (2003), *Éthique et santé publique*, Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Au cœur de l'Association canadienne pour la santé mentale – Filiale de Montréal



COLLOQUE

La fatigue d'être intervenant Jeudi 4 mai 2006

Chaque année, dans le cadre de la Semaine nationale de la santé mentale (aussi connue sous le nom de Semaine anti-stress), l'ACSM-Montréal organise un colloque qui se veut un temps de sensibilisation et de réflexion sur différents aspects et enjeux liés à la santé

mentale. Cette année, nous porterons un regard particulier sur celle des intervenants qui côtoient la souffrance des autres quotidiennement tout en composant avec leurs propres difficultés, dans un contexte social et organisationnel en perpétuel changement.

Au menu, des conférences stimulantes, mais surtout une expérience humaine inoubliable de ressourcement. Pour réserver vos places dès maintenant, communiquez avec l'Association.

Tél. : (514) 521-4993

Courriel : ascmmtl@cam.org

Web : www.acsmmontreal.qc.ca

Calendrier

Programme des Relations interculturelles



1^{er} février 2006

9h à 12h

Vivre la famille à distance

Parents et enfants n'émigrent pas toujours ensemble. Dans certains cas, l'un des parents arrive en terre d'accueil en projetant d'y parrainer éventuellement le reste de sa famille. Dans d'autres, l'enfant est envoyé seul chez des proches qui ont déjà émigré avec l'objectif de lui donner une éducation qui saura profiter à toute la famille. Comment se façonnent les relations familiales dans un tel contexte et quels défis posent-elles?

Conférencière

Marian A.A. Shermarke, enseignante à l'École de travail social de l'Université McGill, formatrice au Service d'éducation et d'intégration interculturelle de Montréal SEIIM).

MA VIE, C'EST COOL D'EN PARLER!



La campagne reçoit un très bon accueil, comme en témoignent les nombreux courriels et appels téléphoniques que nous avons reçus à l'Association. Au cours de la dernière année, nous avons également eu l'occasion d'effectuer une première évaluation officielle de l'implantation de notre campagne jeunesse sur l'Île de Montréal. Cette année, en collaboration avec une communauté francophone de l'Ontario, nous avons l'opportunité d'évaluer si les activités de notre guide permettent aux jeunes de se sentir mieux outillés pour gérer leur santé mentale. Ces deux rapports seront éventuellement disponibles sur le site Internet ou sur demande.

22 mars 2006

9h à 12h

Santé mentale et culture arabe :

Mieux comprendre pour mieux intervenir

La santé et les maladies mentales peuvent être représentées différemment selon la culture d'où l'on est issu. Comment les familles montréalaise d'origine arabe/musulmane les conçoivent-elles? Quelle influence ces particularités peuvent-elles exercer sur l'intervention?

Conférencier

Omar Ameris, en rédaction de mémoire de maîtrise en travail social.

26 avril 2006

9h à 12h

Understanding the unspoken pain : awareness for providing initial assistance to survivors of war and torture

People who work with refugees may have to deal with survivors of war and torture. This conference is designed to inform and help professionals to recognize and assist this specific population group.

Speaker

Monica Lambton, educational consultant on issues on human rights and international development.

Programme Vivre en solo

Dans le cadre de sa mission de promotion-prévention, l'ACSM-Montréal s'est penchée sur un phénomène de société qui prend de l'ampleur : vivre seul(e). De multiples recherches démontrent que, de façon générale, une personne qui réside seule est plus à risque que celles qui pratiquent diverses formes de cohabitation : sa santé mentale est plus fragile, son espérance de vie est moindre et elle utilise plus de soins de santé physique et mentale. En outre, ces personnes ont à faire face à certaines difficultés inhérentes à leurs solitude : l'apparition des peurs, la fermeture aux autres, la rigidité des habitudes de vie, l'insécurité financière, la tolérance à l'ennui, l'allergie à l'engagement, la fascination de l'isolement, la phobie de l'agenda vide, etc. Voilà quelques-uns des pièges

qui peuvent mener, même une personne ayant fait le choix de vivre seule, à la dépression.

C'est donc pour tenter de prévenir ces problèmes que l'ACSM-Montréal offre un programme intitulé «Vivre en solo». Il s'agit d'un atelier interactif et dynamique de 10 semaines, à raison de trois heures hebdomadaires, réunissant 20 à 25 personnes aux prises avec la solitude. Cet atelier, riche d'un contenu de plus de 30 heures, s'adapte aux besoins particuliers de diverses clientèles : les personnes séparées, les travailleurs adultes, les jeunes retraités, les personnes monoparentales, les chômeurs, les personnes malades, les travailleurs autonomes, les bénévoles ou les aînés.

Des stratégies concrètes pour mieux gérer la solitude, éviter ou briser l'isolement et

favoriser l'autonomie et l'entraide sont suggérées aux participants. De nombreux thèmes sont abordés lors des discussions et exercices en groupes : le bien-être physique, les avantages, les difficultés et le stress de vivre seul(e), l'autonomie, l'entourage humain, la maturité émotionnelle, les trois réseaux essentiels à la personne seule, la solitude affective et existentielle, la planification du temps... et plus encore. Des liens d'amitié et d'entraide se créent très souvent entre les participants, ce qui évidemment, brise leur isolement et leur permet de se reconstruire un réseau social.

Depuis sa mise sur pied il y a bientôt 17 ans, ce programme a permis de joindre plus de 1500 personnes. Pour information : (514) 521-4993 acsmtl@cam.org.



MARIO POIRIER

Finaliste du prix du Gouverneur général : études et essais de langue française 2005

Paul Bleton et **Mario Poirier** ont été mis en nomination pour leur essai passionnant et multidisciplinaire *Le vagabond stoïque : Louis Hémon*. Ils ont montré, avec brio, qu'il est possible de renouveler et d'approfondir la lecture d'un classique en le resituant dans ses nombreux contextes.

Mario Poirier est un psychologue clinicien qui a principalement oeuvré dans les milieux communautaires auprès d'une clientèle adulte défavorisée éprouvant des problèmes de santé mentale. Il est professeur régulier de psychologie à la Télé-université, chargé d'enseignement clinique à l'Université de Montréal et un ami de l'ACSM-Montréal de longue date. Toutes nos félicitations Mario!

Deux nouveaux programmes à l'ACSM!

VEILLIR EN SANTÉ MENTALE

Selon l'Agence de santé publique du Canada, en 2005, 20 % des personnes de 65 ans et plus au Canada souffrent d'une dépression allant de légère à sévère. Le taux de suicide est en hausse chez les personnes âgées. Ce ne sont pas les aînés en perte d'autonomie qui se suicident le plus mais avant tout les personnes isolées ou aux prises avec des problèmes de santé mentale. Plusieurs facteurs tels qu'une vie moins active, une santé déclinante, la perte du réseau social et l'effritement des liens familiaux constituent des facteurs de risque associés à la dépression.

Le mandat de ce comité est d'améliorer l'état de santé mentale de la population âgée et de prévenir la dépression chez les 55 ans et plus.

CONCILIATION TRAVAIL-FAMILLE

Des études récentes du gouvernement et d'organismes de santé publique témoignent des besoins grandissants des parents en emploi, surtout les mères, éprouvées par un niveau de stress et d'anxiété causé par une tension accrue entre le travail et la famille. En effet, le monde du travail subit des changements en profondeur qui ont pour effet de compliquer et d'alourdir davantage la prise en charge des responsabilités parentales et familiales. L'ACSM-Montréal souhaite sensibiliser davantage les milieux de travail à l'importance de mettre en place des mesures favorisant l'équilibre entre la famille et le travail.

Programme Famille et qualité de vie des gais et lesbiennes

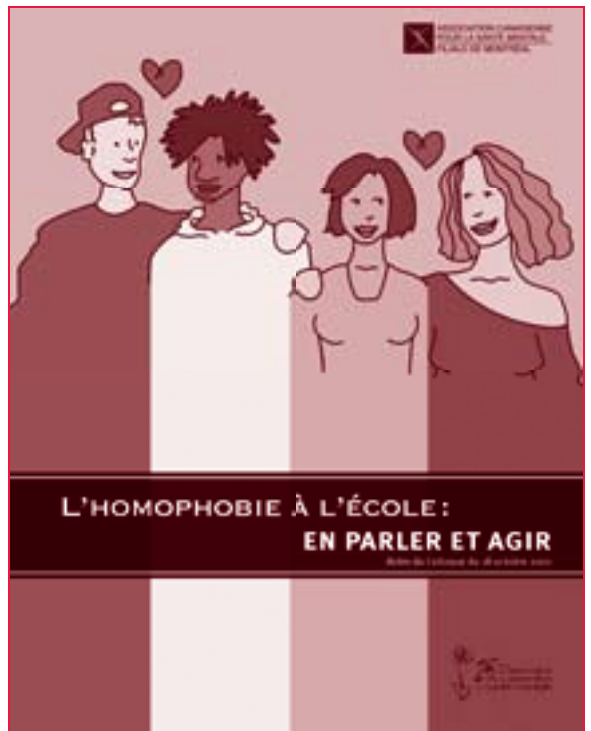
Actes de colloque L'homophobie à l'école : en parler et agir

Actes du colloque du 18 mars 2002

L'homophobie en milieu scolaire est une forme de discrimination qui a sérieusement marqué de nombreux gais et lesbiennes désormais adultes, et qui continue d'affecter une population de jeunes largement vulnérables. Les conséquences engendrées par l'homophobie sur la santé mentale des jeunes sont sérieuses et bien documentées.

Saisie de la gravité de la détresse et de l'isolement vécus par plusieurs d'entre eux, l'ACSM-Montréal, en collaboration avec la Centrale des syndicats du Québec et le Service aux collectivités de l'UQAM, a organisé un colloque en 2002 sur cette thématique dont les objectifs étaient notamment de sensibiliser le milieu scolaire aux manifestations de l'homophobie et à ses impacts sur le bien-être des jeunes, d'offrir des pistes d'intervention et des outils pédagogiques pour contrer l'homophobie à l'école.

Les fruits de ces réflexions sont désormais disponibles sous forme d'actes, alimentés par des témoignages de jeunes et d'enseignants



ainsi que par des recherches et l'expérience de plusieurs professionnels dans le domaine.

Ce document permettra aux professeurs et aux intervenants de mieux comprendre cette réalité, de briser le mur des non-dits et de permettre la discussion ouverte afin d'aider les jeunes en détresse.

Format : 8,5 X 11, 88 pages.

Coût : 15 \$ (frais de port et manutention inclus)

Comprendre et répondre à la
détresse psychique postnatale
des femmes : Le point de vue
d'intervenantes en périnatalité
dans la communauté *



Marie-Laurence Poirer

Post-doctorante dans le cadre du programme de recherche Grands travaux de recherche concertée sur la chaîne des médicaments (programme de recherche subventionné par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada)

GEIRSO, Université du Québec à Montréal.

Que ce soit dans le registre du discours expert touchant la périnatalité ou dans celui du discours populaire entourant la maternité, on parle désormais beaucoup de la « dépression postnatale ». Selon les études épidémiologiques disponibles, celle-ci toucherait une proportion non négligeable de femmes (O'Hara et Swain, 1996). Souvent camouflée par les femmes concernées et leur entourage, elle resterait largement sous-évaluée. Pourtant, malgré des tentatives de clarification, la catégorie de la « dépression postnatale » reste la plus floue dans la famille des troubles psychiques de la période postnatale. À partir même d'une perspective médicale, on tend à lui prêter une symptomatologie éclatée et larvée, une étiologie multifactorielle, une prise en charge délicate où le rôle de la psychopharmacothérapie apparaît obscur et controversé (Dayan, 2003). Dans le DSM-IV, elle se présente comme un avatar du diagnostic de dépression majeure.

Certaines, certains, se sont insurgés contre les tentatives de standardiser l'expérience plurielle de la détresse psychique postnatale. Les critiques du modèle médical de la dépression postnatale (i.e. d'une démarche de type diagnostique où les difficultés se voient essentiellement ramenées à une symptomatologie, elle-même cible privilégiée de l'approche de traitement) ont surtout émergé du féminisme (Lewis et Nicolson, 1998; Taylor, 1995), d'une part, et de la psychanalyse, d'autre part (Delassus, 2002). Sont dénoncés tout à la fois la surmédicalisation de la santé et de la vie

des femmes dont la catégorie de dépression postnatale représenterait une manifestation éloquente; les idéaux univoques de la maternité comme expérience de part en part rayonnante qui participeraient en fait largement à la détresse des femmes; et une approche de la détresse toute en extériorité, dès lors incapable d'en atteindre les significations. Car la mise en évidence des limites des tentatives visant à circonscrire la détresse psychique postnatale des femmes ne correspond en rien à la banalisation de la réalité de cette détresse. Pour celles et ceux préoccupés de cette souffrance parfois

incompréhensible des femmes, l'enjeu est de parvenir à mieux la comprendre et à mieux y répondre. En donnant prioritairement la parole aux femmes en difficulté elles-mêmes, les quelques études qualitatives effectuées au cours des dernières années ont constitué un grand apport dans la résistance à une lecture unilatéralement médicalisante de la détresse psychique postnatale, illustrant la complexité et la pluralité des expériences de détresse (Beck, 2002; Mauthner, 1999). Le point de vue de celles et de ceux qui accompagnent ces femmes a par contre été peu exploré.

Une démarche de recherche qualitative : le terrain de l'intervention en périnatalité dans la communauté



Une ambition principale guidait la démarche de recherche qualitative dont le présent texte entend partiellement rendre compte. Il s'agissait de prendre le pouls de la médicalisation, comme tendance à la « pathologisation » et à « l'objectivisation », de la détresse psychique postnatale des femmes sur le terrain de l'intervention en périnatalité dans la communauté. Ce, plus particulièrement à partir d'une double question : Le modèle médical de la dépression postnatale représente-t-il un axe intégrateur des points de vue qui s'y expriment sur la détresse psychique des femmes pendant la période postnatale et sur les réponses qu'elle reçoit et qu'elle appelle? Et que peuvent nous apprendre à cet égard les points de vue exprimés sur le médicament psychotrope comme réponse à cette expérience de détresse?

Une enquête exploratoire menée sur le territoire de Montréal dans différents milieux de pratique en périnatalité dans la communauté nous avait préalablement permis de mettre en évidence : 1) Le rôle souvent fondamental joué par les intervenantes de première ligne (la présence d'intervenants masculins s'est révélée ici assez exceptionnelle) par rapport à la détresse

psychique postnatale des femmes, non seulement dans l'accompagnement des femmes en difficulté, mais encore dans le déchiffrement de l'expérience de détresse psychique et dans les pistes de solutions qui se voient proposées. Ces intervenantes pourraient ainsi constituer une importante courroie dans la médicalisation de la détresse psychique postnatale, et peut-être aussi dans la résistance à cette médicalisation. 2) L'éclatement des lieux, institutionnels (CLSC) et non institutionnels (maisons de naissances et organismes communautaires), susceptibles d'être en contact avec la détresse psychique postnatale des femmes. 3) Le large chevauchement des rôles des différentes catégories d'intervenantes dans le contexte de la pratique d'accompagnement dans la communauté pendant la période postnatale; 4) La grande hétérogénéité (inégalité) entre les organismes publics offrant des services de périnatalité dans la communauté

(CLSC) quant à la capacité d'accueillir la détresse psychique postnatale des femmes.

Pour la recherche dont il est plus directement question ici, treize entrevues semi-structurées ont été réalisées dans ces différents milieux de pratique (institutionnels et non institutionnels), où l'on pouvait supposer découvrir des visions sensiblement différentes, et auprès de différentes catégories d'intervenantes (infirmières, psychologues, intervenantes sociales, sages-femmes). Les entretiens se sont articulés autour de la compréhension des difficultés psychiques de la période postnatale et de la perception des réponses disponibles dans notre société; une partie de l'entrevue touchait aussi à la pratique et à la trajectoire de l'intervenante. La grande majorité des intervenantes interviewées s'exprimaient à partir d'une expérience de plusieurs années de pratique en périnatalité dans la communauté.

Le territoire de la détresse psychique postnatale du point de vue d'intervenantes en périnatalité dans la communauté : vers un discours partagé

En résonance étroite avec la préoccupation fondamentale de la recherche, quatre propositions se sont progressivement dégagées de l'analyse transversale des entretiens, surplombant les différents témoignages et débordant significativement les limites des différents ancrages institutionnels et professionnels, dessinant ainsi les contours d'un discours partagé : 1) Les frontières de la détresse psychique postnatale sont incertaines. 2) Face à la détresse psychique postnatale, la contribution d'un savoir expert, médical, apparaît limitée. 3) Dans le contexte de la détresse psychique postnatale, un juste usage de la médication psychotrope est un usage modeste (i.e. modéré et sans éclat). 4) Le système d'accompagnement en périnatalité comporte des ratés que l'utili-

sation du médicament psychotrope contribue parfois à mettre en évidence.

Des frontières incertaines

L'ambition de la démarche de recherche étant d'accéder à une compréhension qui émergerait directement du terrain de l'intervention en périnatalité dans la communauté, nous nous en sommes tenue tout au long du processus d'entrevues à l'expression *détresse psychique postnatale*, laquelle, dans le champ de l'intervention, nous était apparue encore relativement neutre. En même temps, notre intérêt directement nommé pour la médication psychotrope donnait des indications quant à notre préoccupation pour des expériences de détresse plus insistantes que ce que l'on qualifie généralement de *baby blues*.

Dans leur évocation de la détresse psychique postnatale des femmes, les intervenantes que nous avons interviewées nous conduisent fréquemment aux limites de la normalité et de la pathologie, dans une sorte d'entre-deux dans lequel elles semblent souvent appelées à intervenir.



Dans leur évocation de la détresse psychique postnatale des femmes, les intervenantes que nous avons interviewées nous conduisent fréquemment aux limites de la normalité et de la pathologie, dans une sorte d'entre-deux dans lequel elles semblent souvent appelées à intervenir. C'est ainsi fondamentalement dans la perspective d'une gradation lente, presque d'une continuité, d'une détresse psychique postnatale «normale» (une part de détresse touchant finalement la majorité des femmes dans le contexte d'une récente maternité) à une détresse plus importante, que ces intervenantes qualifient parfois de *dépression postnatale*, que les expériences sont relatées. Ce qui ressort fondamentalement de cette perspective est la conviction d'un cours souvent non irréversible de la détresse. À partir de là, les discours soulignent qu'il est possible d'intervenir pour limiter les difficultés psychiques de la période postnatale. Or, cette action n'incomberait pas d'abord au monde médical. Le rôle et la responsabilité des intervenantes de première ligne en périnatalité se voient par contre clairement identifiés. «Une détresse psychique peut être prise au départ et désamorcée justement. (...) Et

nous on est là pour ça à mon avis au départ» (intervenante de milieu non institutionnel - IMNI). «Dans le réseau, j'en vois pas beaucoup d'autres, hein, des personnes qui peuvent comme soutenir la mère comme ça» (intervenante de milieu institutionnel - IMI).

La contribution limitée d'un savoir expert, médical

En creux, les entretiens laissent transparaître une forme de tension, une rivalité parfois, entre deux univers, deux territoires d'expertises foncièrement différentes; comme s'il y avait, d'un côté, un territoire essentiellement féminin balisé par l'intervention en périnatalité dans la communauté et, de l'autre, l'univers médical. Une distinction émerge ainsi entre un savoir ancré dans la vraie vie, articulé à une pratique elle-même en prise étroite avec le tissu même de la communauté («parce que nous autres on va dans leur milieu», IMI), et une expertise en quelque sorte étrangère. Le regard porté sur le médecin se révèle à cet égard éloquent. Face à la détresse psychique postnatale des femmes, celui-ci ne semble pas reconnu comme celui qui sait. De façon générale, il apparaît comme une figure

bien peu significative dans le contexte postnatal dès qu'il s'agit d'intervenir auprès des femmes.

Sans ignorer les savoirs experts sur la dépression postnatale, les entretiens se laissent rarement emprisonner dans des catégories figées. Dans l'évocation des expériences de détresse psychique postnatale qu'il leur arrive de croiser et d'accompagner, les intervenantes font un usage restreint (et souvent largement instrumental) de notions à forte connotation médicale telles celles de diagnostic ou de symptôme. Dans la description de l'expérience de détresse, on est le plus souvent loin de l'énumération d'une symptomatologie; et les intervenantes vont insister bien davantage sur la pluralité des expériences de détresse psychique postnatale des femmes. La conscience de la complexité de ces expériences de détresse ressort fortement des propos sur ce qui participerait à son apparition, certaines intervenantes insistant davantage sur les *difficultés d'adaptation* à la maternité (perspective plus marquée chez les intervenantes de milieu institutionnel), d'autres évoquant davantage les *difficultés d'être mère* (principalement les intervenantes de milieux non institutionnels).

De façon générale, autour de la détresse psychique postnatale des femmes, les intervenantes interviewées dessinent ainsi un territoire où l'univers médical, avec son expertise propre, n'occupe qu'une place modeste. Cette tendance va se confirmer dans l'abord de la question du médicament.

Pour un juste usage de la médication psychotrope comme usage modeste (i.e. modéré et sans éclat)

Selon les intervenantes interviewées, seule une petite minorité des femmes en détresse qu'elles accompagnent pendant la période postnatale seraient concernées par la médication psychotrope (essentiellement à travers la consommation de médicaments antidépresseurs); la majorité des femmes

n'en voudraient d'ailleurs pas. De façon générale ni diabolisée ni encensée dans les discours des intervenantes, la médication psychotrope paraît largement renvoyée au rang de technique sinon d'instrument. «Moi, la figure de style que je prends, c'est la béquille» (IMI). D'un côté, le médicament est reconnu comme étant grandement utile face à certaines situations. «Quand c'est pris à bon escient (...) merci que ça existe» (IMNI). D'un autre côté, on semble refuser de lui accorder un statut particulier dans le champ des pratiques d'accompagnement destinées aux femmes en difficulté pendant la période postnatale. «Mais y'a surtout d'autres choses qui doivent accompagner ça» (IMI). Du point de vue des intervenantes interrogées, la médication psychotrope ne

devrait être considérée que dans un second temps, après qu'aient été explorées d'autres options de traitement et que celles-ci se soient révélées insuffisantes. Même à partir de ce moment, ce n'est que conjugué à ces autres options que le rôle de la médication est évalué.

Sur fond d'une vision largement partagée du médicament psychotrope comme réponse parfois nécessaire mais toujours insuffisante face à la détresse psychique postnatale des femmes, deux perspectives différentes se dégagent des entrevues : 1) On retrouve plus volontiers chez les intervenantes de milieux institutionnels une vision pragmatique du traitement. À travers les discours, la médication psychotrope apparaît ici comme réponse ni plus ni moins signifiante que d'autres réponses. On pourrait

PARTICIPANTS RECHERCHÉS !

Centre de santé et de services sociaux Cavendish Recherche sur les baby-boomers comme proches aidants

Avez-vous entre 45 et 60 ans ? Est-ce que vous prenez soin d'un proche (famille, ami, voisin) qui a plus de 18 ans et qui a besoin d'aide sur une base régulière ?

- Parce qu'il a un handicap physique (depuis la naissance, suite à un accident de la route, à un ACV, à un accident ou à une maladie relié au travail, etc.)
- Parce qu'il a un problème de santé mentale
- Parce qu'il a une déficience intellectuelle
- Parce qu'il a une maladie dégénérative (ex : sclérose en plaque, Parkinson, Alzheimer, etc.)
- Parce qu'il est âgé et a de la difficulté à réaliser ses activités quotidiennes

Si vous vivez une de ces situations ou une situation similaire, nous aimerions connaître votre expérience. Les participants intéressés seront rencontrés pour une **entrevue confidentielle d'environ 1 heure ½**, au moment et à l'endroit de leur choix. Nous offrons **25\$** à tous les participants à titre de dédommagement.

Si cette recherche vous intéresse, vous pouvez contacter :
Mélanie Létourneau (melanie.letourneau.1@ulaval.ca)
514-488-9163 poste 1464
Évangéline Arsenault (arsenault.evangeline@courrier.uqam.ca)
514-987-3000 poste 4984

* Ce projet de recherche est financé par Les Instituts de recherche en santé du Canada, et est approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM. Il est dirigé par Nancy Guberman, Jean-Pierre Lavoie, Ignace Olazabal et Amanda Grenier, CSSS Cavendish, UQAM, Université McGill.

parler aussi d'une vision non hiérarchique du traitement où chaque modalité de traitement et d'accompagnement peut trouver sa place dans une lecture fondamentalement horizontale de la prise en charge. «Ben c'est une aide. Je dirais une aide comme les autres aides. Comme la thérapie est une aide, comme l'auxiliaire familiale est une aide. Ça fait partie d'un tout. (...) Vraiment dans un processus global. Et je pense que c'est comme ça aussi que les gens l'acceptent. En voyant que (...) c'est un élément d'un casse-tête» (IMI). 2) Chez les intervenantes de milieux non institutionnels, c'est à partir d'une vision hiérarchique, verticale, que le rôle de la médication psychotrope est envisagé. La médication est reconnue comme une réponse parfois nécessaire, mais qui n'atteindrait guère que la symptomatologie de la détresse. «La médication s'occupe des symptômes, elle ne s'occupe pas du problème. C'est correct de s'occuper des symptômes, bien sûr. On touche pas à la cause (...) on règle ce qui est à la surface» (IMNI). Dans cette perspective, la médication se voit largement appréhendée à travers un dilemme : Va-t-elle être l'élément qui, dans certains cas, permettra l'amorce d'un travail en profondeur? Ou viendra-t-elle occuper la totalité du champ de la thérapie jusqu'à fermer la voie à toute autre démarche thérapeutique voire à camoufler jusqu'à la souffrance elle-même? Une inquiétude perce ici les propos touchant au médicament. On commence à pressentir qu'il arriverait que la réalité de l'utilisation du médicament trahisse la vision largement partagée

d'un juste usage comme usage modeste.

Palier aux ratés d'un système d'accompagnement

Les intervenantes de milieux non institutionnels que nous avons interviewées ont tendance à utiliser l'entrevue comme tribune pour mettre en question certains aspects du système de soins public. Certaines intervenantes de CLSC vont exprimer aussi leur désarroi face au système dans lequel elles pratiquent, de façon plus feutrée, mais sans ambiguïté. Il leur arrivera ainsi de mettre ouvertement le doigt sur certaines difficultés structurelles tout en démontrant plus discrètement au fil de l'entrevue comment elles parviennent parfois à les contourner. Plus largement, la sensibilité face à la complexité de la situation postnatale et la familiarité par rapport aux ressources d'aide disponibles semblent placer ces intervenantes qui pratiquent dans la communauté dans une position privilégiée pour porter un regard englobant, parfois incisif, sur les approches, les pratiques et l'organisation des services en périnatalité en rapport avec la détresse psychique postnatale. En particulier, alors que leur pratique auprès des femmes autour de la maternité témoignerait de l'importance d'un travail réellement préventif, il arriverait trop souvent que l'effort curatif vienne finalement combler des failles au niveau de l'engagement préventif.

Dans les propos des intervenantes interrogées, le médicament psychotrope se découvre ainsi par moment comme un révélateur éloquent des failles d'un système d'accom-

La sensibilité face à la complexité de la situation postnatale et la familiarité par rapport aux ressources d'aide disponibles semblent placer ces intervenantes qui pratiquent dans la communauté dans une position privilégiée pour porter un regard englobant, parfois incisif, sur les approches, les pratiques et l'organisation des services en périnatalité en rapport avec la détresse psychique postnatale.

pagement. En ce sens, le médicament n'apparaît pas tant décrit comme réponse à un problème individuel mais comme «solution» à un problème plus structurel : le recours au médicament psychotrope viendrait parfois palier aux ratés du système d'accompagnement. En particulier, dans un contexte d'accessibilité problématique (et très inégale) à des ressources d'aide diversifiées, le médicament deviendrait parfois la seule réponse possible à la détresse psychique des femmes pendant la période postnatale. «Avec la clientèle

vulnérable, en bout de ligne (...) il n'y a pas de psychothérapie abordable. (Les femmes n'ont) pas d'autres scénarios, pas d'autres alternatives pour s'en sortir que la médication» (IMI). Par contre, dans le contexte d'un milieu de pratique institutionnel où des ressources psychosociales et psychothérapeutiques sont intégrées aux programmes de périnatalité, le recours au médicament psychotrope pour répondre à la détresse psychique postnatale des femmes, lorsqu'il intervient, ne semble sollicité que dans un deuxième temps.

Quelques intervenantes évoquent aussi des situations où le recours à la médication psychotrope tendrait, en un sens, à s'apparenter à un moindre mal. Les propos exprimés en ce sens empruntent deux directions : l'idée que ne s'improviserait pas psychothérapeute de la période postnatale, et plus largement de la maternité, qui veut et, corollairement, que ce genre d'expérience-expertise demeurerait beaucoup trop rare, d'une part; l'image d'une sorte de protection contre l'intrusion abusive des institutions sociales, d'autre part.

En guise de conclusion

C'est un univers où la santé mentale des femmes est finalement peu médicalisée que nous découvrons cette incursion qualitative sur le terrain de l'intervention en périnatalité dans la communauté. Certes les traces d'une empreinte médicale se retrouvent dans les discours, mais celle-ci est bien loin de constituer leur trame fondamentale. Le modèle médical de la dépression postnatale s'y avère ainsi à la fois peu mis en question et secondaire dans la compréhension apportée aux expériences de détresse psychique postnatale des femmes. Dans le regard posé sur les réponses qui doivent leur être apportées, le rôle de la réponse médicale (psychopharmacologique) apparaît d'autre part relativisé. L'intervention dans la communauté en périnatalité représenterait-elle ainsi une sorte de rempart face à une médicalisation abusive de la détresse psychique postnatale des femmes? +

RÉFÉRENCES :

BECK, Cheryl Tatano (2002), "Postpartum Depression : A Metasynthesis", *Qualitative Health Research*, Vol. 12, no 4, April, 453-472.

DAYAN, Jacques (2003), *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson.

DELASSUS, Jean-Marie (2002), *Le sens de la maternité*, Paris, Éditions Dunod.

LEWIS, Siân E. et NICOLSON, Paula (1998), "Talking about early motherhood: recognizing loss and reconstructing depression", *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Vol. 16, nos 2-3, 177-197.

MAUTHNER, N.S. (1999), "Feeling Low and Feeling Really Bad About Feeling Low: Women's Experiences of Motherhood and Postpartum Depression", *Canadian Psychology*, Vol. 40, no 2, 143-161.

O'HARA, M.-W., SWAIN, A.-M. (1996), "Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis", *International Review of Psychiatry*, 8, 37-54.

TAYLOR, Verta (1995), " Self-labeling and the women's mental health: Postpartum illness and the reconstruction of motherhood ", *Sociological Focus*, 28, 1, 23-47.



Devenez membre de l'Association et recevez gratuitement le magazine Équilibre

Créée en 1979, la filiale de Montréal de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) est un organisme à but non lucratif qui œuvre à la promotion de la santé mentale et à la prévention de la maladie.

L'ACSM-Montréal représente un lieu de discussion et de concertation pour les personnes et les groupes concernés par la santé mentale. Elle travaille également à favoriser le dialogue entre les réseaux communautaire et institutionnel afin de permettre une meilleure connaissance mutuelle, d'échanger leurs différentes approches et expertises pour susciter des collaborations autour de projets concrets. De concert avec ses partenai-

res, l'ACSM-Montréal se positionne face aux décideurs en vue d'influencer les politiques sociales et d'améliorer les services de santé mentale.

Votre appui permettra à l'Association de mieux sensibiliser la population, de travailler à modifier les politiques sociales reliées à la santé mentale et d'aider les personnes aux prises avec des difficultés d'ordre émotionnel.

En devenant membre, vous pourrez participer aux différentes activités de l'Association telles soupers-causeries, conférences, colloques, assemblées générales, etc. En outre, vous recevrez notre magazine Équilibre et serez avisé(e) de nos publications.

<input type="checkbox"/> Je désire adhérer à la Filiale de Montréal de l'ACSM.		
Nom :		
Organisme (s'il y a lieu) :		
Adresse :		Ville :
Code postale :	Tél. (rés.) :	Tél. (bur.) :
Occupation :		
Courriel :		
S.V.P. faire votre chèque à l'ordre de l'ACSM, filiale de Montréal		
Membership au nom de :		<input type="checkbox"/> Individu <input type="checkbox"/> Organisme
<input type="checkbox"/> Organisme public : 30 \$		
<input type="checkbox"/> Ressource communautaire : 25 \$		
<input type="checkbox"/> Personne rémunérée : 25 \$		
<input type="checkbox"/> Personne non-rémunérée et étudiant : 10 \$		
<input type="checkbox"/> Don additionnel ____ \$ <input type="checkbox"/> Reçu (pour don seulement)		

Commandez vos publications de l'Association

Publications	
Bon de commande (Frais de poste inclus dans les prix)	Prix
Répertoire	
<input type="checkbox"/> Répertoire des ressources de santé mentale du Montréal métropolitain, 9 ^e édition	28.00 \$
Actes de colloques et séminaires	
<input type="checkbox"/> L'homophobie à l'école : en parler et agir, actes du colloque du 18 octobre 2002, 84 p.	15.00 \$
<input type="checkbox"/> Parentalité gaie et lesbienne : famille en marge? 1 ^{er} et 2 mars 2001, 129 p.	16.50 \$
<input type="checkbox"/> Imagine (sans)cent maisons, 27 septembre 2001, 61 p.	16.50 \$
<input type="checkbox"/> Crise de société... recherche de sens, 10 mai 2001, 123 p.	14.50 \$
<input type="checkbox"/> Santé mentale : ajuster l'image, 4 mai 2000, 171 p.	14.50 \$
<input type="checkbox"/> Jeunesse et santé mentale : état de la situation et perspectives chez les 12-18 ans, 6 mai 1999, 171 p.	12.50 \$
<input type="checkbox"/> Un tissu social en santé pour prévenir le suicide, 7 mai 1998, 142 p.	12.50 \$
<input type="checkbox"/> Hébergement, logement et santé mentale : perspectives d'avenir, 16 avril 1998, 53 p.	7.50 \$
<input type="checkbox"/> Famille et qualité de vie des gais et lesbiennes, 6 mars 1998, 129 p.	8.50 \$
<input type="checkbox"/> Vivre en santé mentale dans la communauté, une responsabilité à partager, 5 mai 1997, 208 p.	7.50 \$
<input type="checkbox"/> Travail et santé mentale - L'intégration au marché du travail : mode d'emploi, 4 mai 1995, 175 p.	5.50 \$
<input type="checkbox"/> Racisme et santé mentale, mai 1993, 164 p.	5.50 \$
<input type="checkbox"/> Hébergement et santé mentale : entre l'hôpital et la rue, 7 mai 1992, 65 p.	5.50 \$
Autres	
<input type="checkbox"/> Carrefour communautaire-institutionnel «Un modèle efficace de rapprochement des réseaux», mai 2004, 83 p.	12.50 \$
<input type="checkbox"/> Guide jeunesse scolaire «Ma vie, c'est cool d'en parler», 2004, 75 p.	15.00 \$
<input type="checkbox"/> Guide jeunesse scolaire «My life : It's Cool To Talk About It!», 2004, 75 p.	15.00 \$
<input type="checkbox"/> Guide jeunesse communautaire «Ma vie, c'est pas fou d'en parler», août 2001, 60 p.	12.50 \$
<input type="checkbox"/> La maladie mentale : un guide régional destiné aux familles, 4 ^e édition 2003, 82 p.	8.50 \$
<input type="checkbox"/> (Également disponible en anglais 76 p.)	8.50 \$
<input type="checkbox"/> Intégration au travail : mode d'emploi (vidéocassette), 1995, de 26 min.	15.00 \$
<input type="checkbox"/> Stress et burnout - Outil d'intervention et de formation, (3 ^e impression), avril 1994, 225 p.	22.00 \$
<input type="checkbox"/> La santé mentale dans la communauté haïtienne, mai 1993, 65 p.	4.50 \$
TOTAL	\$
Ci-joint un chèque au montant de _____ \$ à l'ordre de : ACSM-FILIALE DE MONTRÉAL, 847, rue Cherrier, bureau 201, Montréal (Québec) H2L 1H6. Téléphone : (514) 521-4993; télécopieur : (514) 521-3270.	
Nom :	
Organisme (s'il y a lieu) :	
Adresse :	Ville :
Code postale :	Tél. :
(01-03)	

Colloque annuel de l'ACSM – Montréal

La fa+igue d'être intervenant

Jeudi 4 mai 2006

Bibliothèque nationale du Québec

*Au menu, des conférences
stimulantes et une
expérience humaine
inoubliable de
ressourcement.*

Inscription*

Tel : (514) 521-4993

Courriel : acsmtl@cam.org

web : www.acsmmontreal.qc.ca

*Inscriptions limitées à 300 personnes