

Santé mentale, santé sociale

Y a-t-il un gène du chômage ?

Francis Martens, 2010

*Je mets beaucoup d'ordre dans mes idées.
Ça ne va pas tout seul. Il y a des idées qui
ne supportent pas l'ordre et qui préfèrent
crever. À la fin, j'ai beaucoup d'ordre et
presque plus d'idées*

Norge, 1969

Y a-t-il un gène du chômage ou du déclin de la fonction parentale ? Citoyens de l'Union Européenne et assimilés, psychiatres et praticiens de la santé mentale, dans quelle pièce jouons-nous ? S'agit-il de maintenir l'ordre ou de répondre à la souffrance ? Celle-ci est-elle le fruit de dysfonctionnements neuronaux, hormonaux, génétiques ? Ou l'éventualité de ces derniers s'inscrit-elle dans le panorama plus vaste de la « maladie humaine » ? Celle dont les Wolofs (Sénégal) disent qu'elle n'a précisément d'autre remède que l'homme ? Assaillis par l'urgence professionnelle, il nous reste d'ordinaire peu de temps pour situer la logique de nos actes dans l'ensemble sociétal où ils s'inscrivent. On sait pourtant que le déploiement concret de telle maladie dégénérative, aux paramètres somatiques parfaitement repérés, dépend largement du contexte relationnel où elle s'inscrit. La psychiatrie, par définition, déborde du champ de la neurologie, les praticiens de la santé mentale échappent, pour l'essentiel, aux normes du techno-médical. Leur efficacité s'évalue selon d'autres critères, difficiles à quantifier et inséparables de la réalité collective. Le concept de *santé*, c'est clair, est non pas sans rapport, mais foncièrement hétérogène à celui de *normalité*. En quoi, dès lors, collaborons-nous à l'aliénation collective (par exemple, en lissant les conflits) ? Ou en quoi restons-nous garants de la santé au plein sens du terme ? La réponse n'est pas simple et il importe qu'elle ne devienne pas « le malheur de la question » (Blanchot). Il semble peu risqué, en tout cas, d'affirmer que, pour ne pas écraser le questionnement, il nous faut camper sur trois positions simultanément.

Tout d'abord, une position éthique : praticiens de la santé mentale mais tout autant citoyens, il importe que nous répercutions vers le politique ce que le côtoiement de la souffrance individuelle nous apprend de la misère collective. Position historique ensuite : de quel fil du temps sont issues nos pratiques ? « Je ne sais où je vais si je ne sais d'où je viens » (Gramsci), et ne puis le savoir qu'en mettant mes pas dans la trace de quelques arpenteurs (Foucault et Gauchet, par exemple). Que s'est-il passé notamment pour qu'une société – la nôtre – en arrive à infantiliser ses citoyens au point de voir les adultes massivement identifiés à des enfants sexuellement abusés ? Il s'agit enfin de maintenir ferme le positionnement scientifico-clinique propre à notre champ. Hétérogène au registre techno-médical mais en constante interaction avec lui, il importe d'y marquer autant les nécessaires complémentarités que les irréductibles différences. En effet, là où la vie de l'homme se voit sauvée au prix de la réduction passagère du sujet à ses organes, il n'y a plus temps ni place pour l'« art de guérir ». En matière de santé mentale par contre, le regard clinique ne peut

se réduire à l'imagerie médicale : la personne du praticien reste indissociable de son savoir-faire. Encore une raison qui rend impossible l'évaluation de nos pratiques à partir de « cohortes » à usage statistique.

Néolibéralisme, destruction du tissu social, santé mentale

À partir de ce qui précède s'ouvrent de multiples pistes. Je ne peux pointer ici que quelques balises. Ainsi de la valeur éminemment symbolique du thème de l'enfant maltraité et du harcèlement sexuel. Ou encore, de l'effet harcelant d'une rhétorique scientifique confondue avec la démarche de la science — ces deux figures s'inscrivant elles-mêmes sur fond du dévoiement de la fonction thérapeutique en *rapport marchand* : régulé par l'offre et la demande, entre des *consommateurs de soins* et des *prestataires de services*, hantés par le spectre de la non-rentabilité voire de la faillite (en France, une institution hospitalière peut être cotée en bourse). Dans le contexte néolibéral européen, illustré par la « directive Bolkestein » sur la libre circulation des activités de service, on pourrait imaginer d'importer des personnels infirmiers psychiatriques slovaques, rémunérés selon leurs barèmes nationaux, pour soigner à moindre coût des ouvriers de la région de Charleroi (Belgique) rendus eux-mêmes dépressifs par divers avatars liés aux délocalisations. Dans ce contexte, peu soucieux d'évaluer les dégâts « collatéraux » liés aux fermetures d'entreprises (existences brisées), le salaire n'est rien d'autre qu'une dépense techniquement compressible. « Délocaliser », à ce niveau, n'est jamais qu'attirer à terme de nouveaux capitaux vers la « maison mère », laquelle les réinvestira éventuellement dans quelques emplois. Le slogan qui voudrait que « les délocalisations d'aujourd'hui [soient] les emplois de demain » fait l'impasse sur la destruction actuelle de l'univers du travail ainsi que sur les pathologies et misères qui s'ensuivent. Au sein de l'univers hospitalier, le temps requis par l'« acte intellectuel » (l'écoute patiente du jeune suicidaire reçu en urgence) fait partie des dépenses aisément modulables. D'un point de vue comptable, il gagnerait à être remplacé par un questionnaire d'évaluation standard : administrable par tout professionnel, quelles que soient sa langue et sa formation, débouchant sur un indice chiffré de risque de récurrence, de même que sur un code précisant le type d'intervention nécessaire, sa durée, et les bénéfices escomptés par l'institution. Au vu des barèmes de rémunération des psychiatres, il est clair que leur gratitude et leur réalisme institutionnel devraient leur faire désertir les séances de psychothérapie dévoreuses de temps, au profit de tout acte technique rapide, aisément déléguable, et bien remboursé (par exemple, les « potentiels évoqués »).

Ceci est à peine sarcastique. La logique néolibérale est, par définition, étrangère aux valeurs de solidarité et au soutien du service public (ce qui n'empêche évidemment pas les grands rituels caritatifs, ni l'exercice occasionnel de la solidarité à titre individuel). Au regard de la rationalité néolibérale, le « marché » est censé s'autoréguler pour le plus grand bien *in fine* du plus grand nombre : c'est la version contemporaine, idéologiquement *clean*, des « lendemains qui chantent ». En voix *off*, ce qu'on entend ressemble plutôt à « après moi, le déluge »... Plus grands pollueurs du monde, les Etats-Unis (sous Bush), se refusent à signer le protocole de Kyoto : on ne peut scier la branche électorale sur laquelle on est assis (*In God we trust*), dût une bonne part du Bangladesh, du Bénin et des Pays-Bas, se voir un jour engloutie. Dans la logique qui se déploie en termes d'ouverture du marché, de libre concurrence, de flexibilité, d'accroissement de la compétitivité par « délocalisation »,

« rationalisation », « dégraissage », un paramètre non pertinent est bien celui de *destruction du tissu social* — quelles que soient ses conséquences sur l'identité, les relations humaines, l'estime de soi, l'insécurité psychique, et le cortège de maux somatiques et psychopathologiques qui s'ensuivent. En matière de santé mentale par contre, il n'est de perspective cohérente qui ne s'attache à penser les relations entre l'« économie psychique » (Freud) et l'économie tout court. Dès qu'on quitte le domaine de l'anomalie génétique ou de l'atteinte lésionnelle, les tableaux psychopathologiques fluctuent au gré des variations socioculturelles, même si quelques figures constantes (psychose, névrose, perversion, addiction, somatisation) témoignent des tensions inhérentes à la condition humaine en tant que telle. Dans un article lumineux¹, Marcel Gauchet a montré combien les formes les plus contemporaines du mal-être psychique, de même que l'éclatement actuel des nosographies, épousaient les mutations civilisationnelles. Dans un ouvrage de référence², Christophe Dejours souligne comment, pour survivre dans un univers professionnel déshumanisé, la moindre parade n'est pas le *déni de la souffrance de l'autre* (puis de la sienne propre), avec les ravages qui s'ensuivent sur le plan individuel (clivage psychique) comme sur le plan collectif (érosion des solidarités). Flanquée du récit de notre collègue François Emmanuel³, du film de Ken Loach,⁴ et de celui de Jean-Marc Moutout⁵, *Souffrance en France* dessine comme un quadriptyque de la misère ordinaire dans le monde du travail et alentour.

Un outil diagnostique dispensant du trouble de penser

Confrontée à la réalité socioclinique, la pratique psychomédicale ne dépasse pas le niveau des soins palliatifs si elle s'interdit d'en scruter les tenants et aboutissants. Avec un peu de chance, les patients se débrouillent mais éthiquement autant qu'intellectuellement, c'est un peu court. C'est pourtant à ce suspens de la pensée que le postmodernisme néolibéral invite, *via* la nouvelle bible à usage des psychiatres et assimilés. Au sein du DSM IV⁶, on le sait, il n'y a plus de place pour la psychopathologie — c'est-à-dire pour une interrogation sur le sens et les chemins de la souffrance psychique. Le lexique mis au point par la *task force* de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) serait légitime s'il ne s'agissait que de codes renvoyant à des schémas cliniques simplifiés, aux fins de permettre une meilleure communication entre psychiatres du monde entier. Mais, en réalité, au fil de ses diverses éditions, le manuel – pratiquement imposé à la communauté psychiatrique⁷ internationale – n'a cessé de démanteler les diverses logiques nosographiques, pour les réduire à un catalogue hétéroclite de « troubles » (*disorders*) et de « problèmes ». En l'absence de

¹ M. Gauchet, « Essai de psychologie contemporaine (I. Un nouvel âge de la personnalité ; II. L'inconscient en redéfinition) », *Le Débat*, n^{os} 99-100, Paris, 1998.

² C. Dejours, *Souffrance en France*, Paris, Seuil, 1998. Psychosomaticien, psychiatre, psychanalyste, Christophe Dejours est également directeur d'un laboratoire d'étude du travail et de l'action, dans le cadre du CNAM (Conservatoire national des arts et métiers) Paris.

³ Médecin-directeur du Club Antonin Artaud. Écrite sur le mode tout en tension d'un polar, *La question humaine* (Paris, Stock, 2000) nous entraîne au fil de la dérive d'un cadre supérieur confronté à l'objectivation ordinaire d'autrui au sein de l'entreprise et plus en amont.

⁴ Royaume-Uni, 2001. Ce long-métrage traite des conséquences destructrices – psychiques, physiques, sociales, culturelles, relationnelles – de la privatisation des chemins de fer britanniques.

⁵ France, 2004. Il y est question de la destructivité feutrée et généralisée à l'œuvre au sein des audits préparant les « rationalisations ».

⁶ DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

⁷ Pour bonne part, sous la pression des organismes d'assurance et des firmes pharmaceutiques.

principe de classification, le critère d'inclusion dans la liste ne réside plus que dans un commun rapport au désordre. Mais de quel ordre s'agit-il ? Qui juge des limites du tolérable et de l'intolérable ? Gardons la question, en refusant d'être dupe de l'argument de vente présentant le DSM IV comme a-théorique. L'a-théorisme affiché, tout comme l'apolitisme déclaré, n'est habituellement qu'une façon de rendre indiscutables des systèmes de valeurs implicites, à la fois frustes et brutaux. Dans le cas du DSM, il s'agit surtout de faire entrer l'insaisissable psychiatrie dans le giron de l'ordre techno-médical⁸ — ceci sans la moindre rigueur scientifique. Les codes du DSM, en effet, ne reposent que sur des débris nosographiques, étayés sur le consensus de quelques praticiens à propos de ce qui fait désordre et des moyens d'y remédier. Purement pragmatique, chaque classification peut varier d'un moment à l'autre. Ainsi, par souci d'a-théorisme, la catégorie des perversions a disparu, remplacée par celle des « paraphilies ». Mais si l'homosexualité n'en fait plus partie, ce n'est pas par choix philosophique ni par rationalité clinique : simplement, le lobby gay a fait le siège de l'APA suffisamment longtemps pour la faire céder. De même, ce sont les puissantes associations américaines d'anciens combattants qui ont réussi à imposer le populaire PTSD (*Post-Traumatic Stress Disorder*) aux fins de remboursement par les organismes d'assurance. Dès lors, si le domaine des paraphilies est en principe a-théorique, il reste à s'interroger sur ce qui fait concrètement « désordre » en matière de sexualité... Quels sont, autrement dit, les critères de classement des conduites en « comme il faut » et en « à côté (para) de là où il faudrait » ? En matière de nosographie psychiatrique, l'absence de repères psychopathologiques équivaut à remplacer les exigences de la science par celles de l'opinion. Ceci est d'autant plus préoccupant que, dans nombre d'universités, le DSM IV s'est substitué aux ouvrages de psychopathologie. Si le manuel reste utile en tant que pense-bête pour praticiens bien formés par ailleurs, pour les autres, il procède d'un vaste courant d'analphabétisation : inscris tes codes et tais-toi !

Une réalité socio-clinique qui insiste

Face à cette désertification intellectuelle, il est bon de cartographier les aspérités ordinaires du terrain. Commençons par quelques réalités sociocliniques diffuses (liste bien sûr non exhaustive) :

- augmentation, dans les crèches, de la violence entre enfants ;
- panique du personnel, toujours dans les crèches, face au regard qu'on pourrait porter sur les connotations sexuelles de leur rapport aux enfants ;
- désespoir, un peu plus loin, des professeurs de mathématiques, voués à enseigner une matière qui demande effort et concentration, sans moyens ni soutien pour faire travailler les élèves, incapables de les « séduire » pour obtenir le droit d'enseigner, mais néanmoins obligés de les faire réussir quoi qu'il en soit ;
- hors de l'école, instabilité générale des relations conjugales et dès lors parentales ;
- malaise des adolescents, accrochés à la barque familiale, repliés à quelques-uns munis de pop-corn, dans le cocooning-télé-internet ;
- 20 à 30% des enfants seraient promis, dans les années qui viennent, à l'obésité ;

⁸ Voir, par exemple, l'avant-propos à l'édition française (Paris, Masson, 1996) du *Mini DSM-IV* : « Il n'y a pas de "distinction fondamentale" à établir entre troubles mentaux et affections médicales générales. »

- baisse générale de la civilité;
- mise à mal progressive de l'orthographe et de la syntaxe, chez les enseignants y compris.

On peut voir, dans cet appauvrissement, comme un indice du défaut de transmission des normes de la vie collective, où Marcel Gauchet⁹ reconnaît le trait déterminant de notre époque. Du côté psychopathologique, on assiste à un vacillement des identités tout autant qu'à un émiettement des références nosographiques traditionnelles, au profit d'états beaucoup plus flous : flambées délirantes isolées, addictions diverses, somatisations vagues, vécus dépressifs récurrents, états-limites fluctuants. Occasion de rappeler que, privés comme ils sont du secours de l'instinct, les « animaux malades » (Unamuno) voient leur comportement modelé par les normes sociales, et leur identité suspendue au dessus d'un vide dont ne les protège que le mince tissage de la culture. Qui s'intéresse à la santé doit tenir compte de ce que, pour faire un humain, trois transmissions sont nécessaires : une *génétique*, une *généalogique culturelle*, et une *généalogique transgénérationnelle* — celle-là même où, d'adulte à enfant, de psychisme constitué à psychisme *in statu nascendi*, se transmettent les péripéties du désir. Si cliniquement, il est clair que personne ne peut intervenir à la fois à ces trois niveaux, intellectuellement il importe de n'en occulter aucun. Bien qu'il ne faille pas les confondre, il n'y a aucune solution de continuité entre l'économie politique et l'économie psychique. En matière de santé mentale, le « fétichisme de la marchandise » selon Marx (et son corrélat de chosification des rapports humains) n'est pas un concept moins pertinent que celui de *double bind* chez Bateson.

Face à cette complexité, essayons pour l'heure de nous orienter au ras des statistiques, en faisant appel aux données épidémiologiques les plus proches :

- en 2004, 11% des Belges disent avoir souffert d'un trouble mental au cours de l'année écoulée¹⁰ ;
- 75% d'entre eux ont eu recours, dans l'année, à un traitement quelconque pour raisons émotionnelles ;
- 33% d'entre eux, à l'occasion d'un trouble mental, n'ont bénéficié que d'un traitement médicamenteux (53% s'il s'agit d'alcoolisme) ;
- le nombre d'invalides reconnus par l'INAMI¹¹ pour cause de trouble mental a augmenté de 20% en 4 ans (60 608 personnes en 2002) ;
- en France, dans le domaine psychiatrique, les hospitalisations sous contrainte ont augmenté de 86% en 10 ans ;
- toujours en France, entre 1997 et 1999, dans la tranche d'âge des 15-19 ans, les tentatives de suicide sont passées de 3,7% à 4,3% : 61% de ces jeunes suicidaires font état de tensions familiales. En 1993, une recherche de l'INSERM¹² portant sur 12 000 élèves du second degré révèle que 5% des garçons et 8% des filles ont fait au moins une tentative de suicide dans leur vie. Le suicide reste la deuxième cause de mortalité chez les adolescents. De 1975 à 1985, le taux général de suicide a augmenté de 38% ;

⁹ Voir l'article cité et aussi M. Gauchet, *La condition historique*, Paris, Stock, 2003.

¹⁰ *Revue médicale de Liège*, 2004.

¹¹ INAMI (Belgique) : Institut national de l'assurance maladie-invalidité.

¹² INSERM (France) : Institut national de la santé et de la recherche médicale.

– en France encore, une enquête menée de 1999 à 2003, concernant cette fois les plus de 18 ans, nous apprend, sur base d'un échantillon de 36 000 personnes, que 11% des sondés ont connu un épisode dépressif dans les quinze jours qui précèdent leur réponse à ladite enquête, que 0,7% ont fait une tentative de suicide au cours du mois précédent, que 7,8% en ont fait une dans leur vie (6,4% d'hommes, 9,1% de femmes) et que 18% souffrent d'anxiété généralisée depuis les six derniers mois.

Pour la doxa psychiatrique, dans 15% des cas la dépression sévère peut mener au suicide. En outre, la comorbidité est sévère : 7 maladies au cours des trois mois précédant l'enquête, selon une étude de l'IRDES¹³ (1996). Une analyse prévisionnelle américaine, reprise par l'OMS, estime que la dépression constituera la deuxième cause d'invalidité au monde après les maladies cardio-vasculaires, dès l'an 2020¹⁴. Dans l'enquête épidémiologique française, l'état dépressif s'avère plus fréquent dans la population féminine. Enfin et surtout, *tant pour les hommes que pour les femmes, il est corrélé en premier lieu avec la solitude (divorce, veuvage, célibat), en second avec le chômage*. Ces résultats soulignent statistiquement ce que cliniquement nous savons depuis toujours : l'étroit rapport entre santé mentale et santé sociale, notamment dans le cadre de la dépression. Scientifiquement, cela n'exclut nullement qu'on puisse identifier quelque gène rendant plus vulnérable aux situations de stress et qui favoriserait dès lors le glissement dans la maladie. Dans une telle occurrence, il serait néanmoins abusif de parler de « gène de la dépression ». De même, le terme « antidépresseur », bien que popularisé par l'usage, ne devrait jamais s'écrire sans guillemets. En effet, s'il est clair que rien de ce qui se passe en nous – et rien de ce qui se pense en nous – ne peut faire l'économie d'une série de conditions nécessaires (avoir la tête sur les épaules, vivre en bonne intelligence avec ses neurotransmetteurs, etc.), aucune molécule taquinant la sérotonine et favorisant la sortie de l'état dépressif ne peut prétendre avoir touché la *cause* de celui-ci, encore moins sa *raison*¹⁵. Plus banalement, lorsque « je me fais mal », la douleur consécutive à l'écorchure de la main peut m'affoler et contre le même mur me conduire à la faire écorcher derechef. Dès lors, en tout état de cause, tout ce qui apaisera ma douleur et protégera la peau ne peut que favoriser la guérison. L'écorchure n'en reste pas moins au point de convergence de multiples « causes » proches ou lointaines : rugosité du mur, état glissant du chemin, motif du cheminement, étroitesse du passage, fragilité particulière de l'épiderme, maladresse due à la précipitation, à l'ivresse, au Parkinson, à une compulsion autopunitive, etc. Même pour un événement si simple, et sans même parler du sens, il est difficile de démêler l'écheveau des conditions favorisantes, nécessaires, suffisantes. Mais si je veux me protéger, je ne puis esquiver ce labyrinthe. Pratiquement, ce sera le soulagement apporté par les « antidépresseurs » qui me rendra assez de disponibilité pour arriver, au fil d'une psychothérapie et/ou d'un ajustement relationnel, à reconsidérer l'ensemble du paysage pour arriver à moins m'écorcher. Jamais il ne s'agira de la simple action d'une molécule sur un neurotransmetteur.

¹³ IRDES (France) : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (jadis CREDES)

¹⁴ J. R. Davidson, S. E. Meltzer-Brody, «The under-recognition and under-treatment of depression : what is the breadth and the depth of the problem ? », *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, 60, suppl. 7.

¹⁵ Sur la différence entre cause et raison, de même qu'entre généralisation et théorie, et plus largement sur l'extrapolation idéologique des neurosciences, voir l'article très documenté d'Alain Ehrenberg : « Le sujet cérébral », *Esprit*, «Les guerres du sujet », n°309, Paris, novembre 2004, pp 130-155.

Violence et inconsistance d'un modèle exclusivement techno-médical

La réalité socio-médicale, malheureusement, ne semble pas toujours accordée à cette complexité. Il est surprenant, par exemple, que Santé Mentale Europe, une ONG liée à l'Union européenne, ait nommé au poste de directrice une citoyenne belge graduée en sciences pharmaceutiques, formée de surcroît au marketing et à la communication¹⁶. De mauvais esprits pourraient se demander où se trouve le lien entre des souffrances psychiques induites par la solitude et le chômage (ou à tout le moins favorisées par eux) et le marketing en matière de pharmacie. La devinette est pourtant transparente. Si l'on reste prisonnier du modèle techno-médical, le cadrage d'une pathologie semble inextricable si des facteurs psychologiques et sociaux ne cessent d'interférer avec les réalités somatiques. À l'heure où la *task force* du DSM souhaite rapatrier la psychiatrie dans la médecine, cadrer la dépression s'apparente aux travaux d'Hercule si l'on s'égaré du côté du sens. Par contre, définir une pathologie par rapport à la réaction de tel individu à telle molécule supposée y remédier apparaît plus net. En tout cas, plus pratique... Comme le souligne Claude Le Pen (économiste de la santé auprès de l'Union européenne) : « Il y a une dynamique entre la maladie et son traitement qui se crée. Et on est allé particulièrement loin en matière de pathologies mentales. Tenez, vous allez chez votre médecin en disant que cela ne va pas. Il vous donne un antidépresseur. Deux semaines plus tard, vous retournez le voir, cela va mieux. Il en conclura que vous étiez déprimé. C'est la référence aux critères du traitement qui devient le critère de la maladie¹⁷. » Bel exemple de réponse qui fait le malheur de la question.

Plus préoccupant encore pour la santé psychique: le sort fait à l'enfant qu'on appelait jadis « distrait », « jouette », « turbulent », puis, avec plus de sophistication, « syndrome hyperkinétique », pour arriver en 1980 à « trouble déficitaire de l'attention », et le faire apparaître enfin, dans le DSM IV, sous la rubrique « trouble : déficit de l'attention/hyperactivité, code F90.0 ». Sylvain Gross, un pédo-psychiatre qui a pisté cette évolution, s'étonne du nombre incroyable d'articles publiés depuis quarante ans sur le thème de l'enfant hyperkinétique — sans qu'on sache pour autant à quoi s'en tenir¹⁸, du moins sur le plan scientifique. Car en réalité, la description du trouble (*disorder*), qui atteindrait de 3 à 5% des enfants, fait plutôt penser à un manuel de bienséance à l'école¹⁹. Avec la différence notable que le comportement souhaité n'est pas obtenu ici par des moyens éducatifs, mais grâce à l'administration quotidienne – durant les jours scolaires – de méthylphénidate : une drogue de la classe des amphétamines, popularisée en Belgique sous le nom de « Rilatine » et en France sous celui de « Ritaline²⁰ ». Ce qui est en cause, ce n'est pas la nature ni la prescription judicieuse éventuelle de ce médicament, mais le pragmatisme irréfléchi de son emploi. Ici encore, il semble que le « syndrome hyperkinétique » ne se

¹⁶ Pascale Van den Heede.

¹⁷ Entretien avec Claude Le Pen, *Le Monde II*, n°43, Paris, décembre 2004.

¹⁸ Sylvain Gross est pédopsychiatre et psychanalyste. Voir : « Comment empêcher la vérité de sortir de la bouche des enfants ? À propos du prétendu syndrome hyperkinétique », *Essaim*, n°3, Toulouse, érès, printemps 1999, pp. 111-116.

¹⁹ Par exemple : « Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle, ne se conforme pas aux consignes, fait à contre-cœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison), perd souvent les objets nécessaires à son travail, se lève souvent en classe, parle souvent trop, laisse souvent échapper la réponse à une question qui n'est pas encore posée, a souvent du mal à attendre son tour, etc. » Extrait du *Mini DSM-IV*, *op.cit.*, pp 64-65.

²⁰ Chacun sait que les « Ritals » ont un comportement gestuel exagéré.

définisse pas mieux que par « ce comportement perturbateur pour lequel on prescrit de la Ritaline ». On pourrait même ajouter que cette façon de faire banalise, en mineur, la logique de contention révélée, en majeur, par un récent fait divers. Fin avril 2005, dans une classe maternelle des États-Unis, une petite fille de 5 ans se montre turbulente. La pédagogue tente de la contenir mais la fillette la repousse. Dépassée par ce désordre, la professionnelle fait appel à la police. Trois gardiens de l'ordre ne tardent pas à surgir qui menotent la délinquante et l'emmènent. Les policiers et l'institutrice sont blancs, la petite fille, noire. L'ensemble de la scène est filmé par la caméra de contrôle de la classe²¹.

Il ne s'agit pas de plaider contre les divers outils de la techno-médecine (molécules, chirurgies, imageries, analyses de tout genre) mais pour leur rapatriement dans un « art de guérir » dont les bons généralistes, les vrais psychiatres, les réels psychothérapeutes, semblent quelquefois les ultimes représentants. On l'a dit : les antidépresseurs sont souvent les partenaires obligés de la psychothérapie. Mais on l'a vu : nombre de personnes qui souffrent d'un trouble mental (un tiers d'entre elles en Belgique) ne bénéficient en réalité que d'un traitement médicamenteux. Pourtant, en Europe, le débat sur l'augmentation du risque suicidaire induit par les antidépresseurs est clos. L'Agence européenne du médicament (EMA) déconseille désormais l'emploi de tous les antidépresseurs de la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), comme le Prozac (fluoxétine) ou le Deroxat (paroxétine), chez les moins de 18 ans. De son côté, l'Agence française de sécurité des produits de santé (AFSSAPS) estime à 95 000 le nombre d'enfants et d'adolescents actuellement traités par antidépresseurs, dont 40 000 seulement dans le cadre d'une dépression. Selon l'Agence, en ce qui concerne les jeunes, les antidépresseurs ne devraient être prescrits qu'en cas de *dépression majeure* et seulement en seconde ligne, dans le cadre d'une prise en charge psychothérapeutique²².

Il ne s'agit pas non plus de prétendre que le méthylphénidate (Ritaline) n'agirait que sur le mode d'un placebo. Simplement, il apparaît qu'on ne sait pas grand-chose de sa spécificité et que l'usage de produits de la classe des amphétamines n'est jamais anodin — surtout chez les enfants. Dans le contexte évoqué, la réponse par ingestion de la molécule avant la classe entraîne moins la suppression de toute agitation que celle de tout questionnement. C'est regrettable, car on ne peut évoluer dans le registre de la santé mentale (psychopharmacologie y compris) sans consentir à la singularité absolue de chaque situation, en même temps qu'à l'inéluctable de ses déterminants collectifs. Servantes de l'ordre sous couvert de tolérance, les technocraties s'accommodent mal de l'effervescence conceptuelle découlant des conceptions psycho-bio-sociales de la santé. Pour s'en prémunir, elles tentent de formater le champ de la santé mentale sur le modèle hétérogène de la techno-médecine, alors même qu'au sein de cette dernière la clarté n'est pas forcément de mise. À la lumière des tests en « double aveugle » imposés par la Federal Drugs Administration (FDA), rapporte Guy Hugnet²³, la fluoxétine ne s'est pas avérée significativement plus efficace qu'un placebo — ce qui n'a empêché la firme Lilly de mettre le Prozac sur le marché. Peut-être pas à tort. En effet, dès qu'on renonce à la fiction techniquement nécessaire de « l'organisme », il n'est de réalité plus riche que l'effet placebo pour montrer ce qu'est un *corps*, et comment l'efficacité thérapeutique excède largement celle des effets spécifiques de telle ou telle

²¹ Images diffusées le week-end du 23 avril 2005, au JT de la RTBF.

²² Voir *Le Monde*, 27 avril 2005, p 32.

²³ Ancien cadre de l'industrie pharmaceutique. Cf. G. Hugnet, *Antidépresseurs. La grande intoxication*, Paris, Le Cherche-Midi, 2004.

intervention. En 2008, une étude du professeur Irving Kirsch (Hull University, UK), basée sur les résultats des essais cliniques obligatoires réalisés par les firmes pharmaceutiques (mais dissimulés par elles), a montré que les antidépresseurs de la dernière génération (ISRS) ne fonctionnaient en réalité pas mieux que les placebos — *sauf dans les cas de dépression grave*²⁴, peu propices en effet à l'investissement tranférentiel de quoi que ce soit. En Grande Bretagne, 16,2 millions de prescriptions d'ISRS ont été effectuées en 2006. S'adaptant sur mesure à chaque patient et à chaque affection, l'effet placebo entre dans un rapport subtil avec l'impact de telle ou telle molécule sur telle ou telle séquence physiologique. Il a pour contrepartie l'effet nocebo, capable à lui seul de faire échouer la thérapeutique la plus adéquate. Notons que déjà, dans une perspective pavlovienne, il a été mis en évidence qu'on peut potentialiser ou inhiber les effets de la chlorpromazine (Largactil) sur le tonus du même chien, selon qu'il se trouve devant la redoutable porte du laboratoire ou celle, plus avenante, de l'espace de jeu²⁵. Dans un cadre expérimental plus large, on a constaté qu'on pouvait prolonger la vie des rats en les amusant²⁶. Plus largement, comme l'a souligné Pierre Benoit²⁷, l'effet placebo questionne la relation de tout un chacun au « médical en tant qu'objet », au sens psychanalytique du terme. On y reviendra. Si, dans le champ de la recherche fondamentale, l'effet placebo (qui écorne la prévalence du modèle technologique) n'est pas très populaire, dans celui de l'observation scientifique il s'avère inévitable. Depuis soixante ans, en effet, des mètres cubes de littérature purement expérimentale²⁸ mettent en évidence la régularité de son occurrence : toutes affections et thérapeutiques confondues (chirurgie y compris), on observe en moyenne 33% d'effets bénéfiques résultant d'une intervention placebo. Hors moyenne, on arrive jusqu'à 66% dans certaines situations.

Tout ceci souligne la complexité générale du champ de la santé : si même en technomédecine (par exemple, en chirurgie cardiaque) il importe de différencier remise en état des organes et processus de guérison, à plus forte raison en santé mentale on ne pourra identifier guérison et restauration du comportement (par exemple, en matière d'anorexie). L'être humain est ainsi fait que, s'il importe de ne pas confondre dysfonctionnement cardiaque et peines de cœur, ces dernières, à la longue, ne sont pas sans incidence sur le fonctionnement du muscle. Un trouble fonctionnel lié à une fragilité constitutionnelle, à des conditions de vie, à l'angoisse, au stress, peut déboucher sur une atteinte lésionnelle pour laquelle la chirurgie cardiaque fera merveille. Le soulagement consécutif ne sera pas sans incidence sur l'économie de l'angoisse, mais le reste continuera à tanguer comme il peut. Le cœur est ainsi fait que si son anatomie, son fonctionnement, se prêtent à un paramétrage rigoureux et à une standardisation des procédures réparatrices, il en va tout autrement des « affaires de cœur ». Le sens de la vie est forcément plus évasif que les facteurs de survie, mais il est clair que ce n'est pas en eux que nous puisons le goût de vivre. Si la santé mentale

²⁴ Étude publiée en ligne sur PLOS-pMedicine, 26 février 2008.

²⁵ Voir les recherches de Corneliu Giurgea (Bucarest, Louvain), notamment : « Neurophysiologie et conditionnement », *An. Soc. Royale Sc. Med. et Nat. De Bruxelles*, vol. XII, fasc. 2, 1964, pp. 53-58.

²⁶ Voir : F.-S. Hammet, « Studies in the Thyroid Apparatus : I », *Am. J. of Physiology*, vol. 56, 1921, pp. 196-204 ; et F.-S. Hammet, « Studies in the Thyroid Apparatus : V », *Endocrinology*, vol. 6, 1922, pp. 221-229. Christophe Dejournis rapporte une observation semblable : les tissus (pancréas) prélevés sur des rats de laboratoire se nécrosent moins vite si leurs titulaires ont été dûment caressés.

²⁷ Médecin et psychanalyste. Voir : P. Benoit, *Le corps et la peine des hommes*, Paris, L'Harmattan, 2004.

²⁸ La loi fait obligation, dans la plupart des pays, de tester toute nouvelle thérapeutique, selon des procédures en « double aveugle », en la comparant avec un placebo et/ou avec une thérapeutique déjà existante, réputée efficace en la matière concernée.

étend ses réseaux du côté de l'interrogation existentielle plutôt que de la maintenance des organes, cela ne signifie pas que ses praticiens se passent de procédures rigoureuses, ni de modèles scientifiques consistants (celui, par exemple, qui montre comment un « qui suis-je ? » vacillant peut ne trouver à se soutenir qu'au moyen d'un délire). Simplement, pour des raisons éthiques autant que méthodologiques, les modèles théoriques en santé mentale se prêtent peu aux procédures expérimentales et aux comparaisons statistiques. S'il peut être tentant de simplifier le champ pour le rendre aisément mesurable, comparable, « publiable », subventionnable, ce n'est qu'au prix d'un leurre : la rhétorique expérimentale, le « scientifiquement correct », n'ont pas grand-chose à voir avec la rigueur. La technocratie, de toute façon, n'en a cure. Pilotant le politique en mal d'information, la rationalité administrative tend à imposer les critères d'évaluation qu'elle connaît et qui la rassurent : ceux de la techno-médecine. Ils ont peu de rapport, hélas, avec une réalité ravageuse où la dépression est corrélée d'abord avec la solitude et ensuite avec le chômage.

Des systèmes d'évaluation complaisants et biaisés

En matière de santé mentale, le « design expérimental » ne cache souvent qu'un forçage méthodologique prêt à confondre les péripéties du désir avec la mesure de l'érection. On n'est pas loin des parodies d'article scientifique issues de la plume de Georges Perec²⁹. Face à cette poudre aux yeux, le jargon des psychanalystes, hélas, n'est pas un antidote. C'est regrettable, car l'imposition de critères d'évaluation relevant de méthodologies étrangères au champ concerné ne peut avoir qu'un effet destructeur. Certes, il est possible d'utiliser le DSM IV et de pratiquer le RPM³⁰ en surface, comme jadis les marranes contraints d'embrasser la foi catholique, mais on finit par oublier le reste. Surtout si le DSM, comme c'est progressivement le cas, se voit confondu avec un traité de psychopathologie. Le secteur de la santé mentale, soulignons-le, ne s'oppose en rien à celui de la techno-médecine : il lui est complémentaire. Il intervient dans le champ existentiel mis nécessairement en suspens par le traitement des organes. Il est vital que cette spécificité soit reconnue, sans quoi la santé sera confondue avec la normalité, la rigueur avec l'ordre, le raisonnable avec le quantifiable, et le sujet en souffrance avec l'objet des soins. Personne n'y gagnera. Pour des motifs strictement rationnels, il est illégitime d'évaluer le cheminement thérapeutique de 50 femmes anorexiques (de même âge, même poids, même taille, même milieu social) de la même façon qu'on compare les traitements standardisés de 50 fractures du péroné ou de 50 lésions coronariennes. C'est pourtant ce à quoi des méthodologies issues du courant de l'*evidence based médecine* (la médecine appuyée sur des preuves) invitent les praticiens de la santé mentale. À partir de troubles définis par le DSM ou la CIM³¹, les « traitements psychologiques appuyés empiriquement³² » sont réputés tels après contrôle comparatif de leur efficacité *via* l'application d'un même manuel. Il s'agit de comparer des cohortes homogènes (par exemple, de « personnalité histrionique »³³, code F. 60.4) selon leurs

²⁹ Par exemple, sur le « tomatotropisme de la cantatrice » (en anglo-américain).

³⁰ RPM (Belgique) : résumé psychiatrique minimum.

³¹ CIM : Classification internationale des maladies.

³² On trouvera un regard d'ensemble sur la question dans : R. Ladouceur et coll. (université Laval, Québec, Canada), « Les traitements psychologiques appuyés empiriquement : état de la question et critique », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 2003, 13, 2, pp. 53-65.

³³ Traduction « a-théorique » du mot hystérie.

réactions à diverses sortes de thérapies ainsi qu'à un placebo (en général, le fait de stagner sur une liste d'attente). Outre le caractère inacceptable de la manipulation (on va jusqu'à imaginer la comparaison avec de fausses thérapies), cette façon de procéder heurte la plupart des psychothérapeutes. Par définition, chaque cheminement dans les limites d'un cadre est laissé à la créativité individuelle. De plus, des symptômes d'apparence identique peuvent s'inscrire dans des dynamiques radicalement différentes. Ainsi, pour un adolescent perturbé, une conduite antisociale comme le fait d'incendier « sans raison » une voiture peut s'avérer signe aussi bien de bascule dans un état grave que d'amorce de guérison. Difficile de faire comprendre ça au DSM, de même qu'au propriétaire de la BMW... Soyons sérieux. De l'aveu même des promoteurs de l'*evidence based medicine*, seulement 10 à 20% des actes médicaux correspondent aux critères souhaités. Quant aux « traitements psychologiques appuyés empiriquement », à ce niveau ce sont les critères eux-mêmes qui apparaissent inadéquats à tout qui est confronté à la réalité de la souffrance psychique. C'est probablement le moment de signaler que la plupart des membres de la *task force* du DSM étaient des médecins chercheurs en psychiatrie, n'ayant pratiquement jamais mis le pied hors de l'université³⁴. De souligner, en outre, les liens financiers avérés de nombre d'entre eux avec les firmes pharmaceutiques³⁵.

Rendus à ce point, il faut dissiper un éventuel malentendu. Dans une perspective psychodynamique, le processus thérapeutique ne participe en rien d'un obscur et ineffable cheminement. C'est Freud, un des premiers, qui a projeté au cœur des ténèbres gothiques de la psychopathologie un vif faisceau de rationalité. D'ailleurs, dès le début de sa recherche et plus avant dans le chapitre VII de la *Traumdeutung* (1899), il dialogue avec les neurosciences dont il est lui-même un pionnier. De façon générale, la confrontation de la psychanalyse à d'autres modèles scientifiques ne pose aucun problème³⁶ pour peu qu'on ait affaire à de véritables chercheurs : c'est avec les petits épigones qu'il est difficile de communiquer. Quoi qu'il en soit, il n'est aucunement question de refuser l'évaluation, encore moins le débat. Simplement, il importe que chacun puisse reconnaître la spécificité du champ de l'autre³⁷. En psychanalyse plus qu'ailleurs « comparaison n'est pas raison ». Dès qu'on entre dans le champ de la réalité psychique, de l'inconscient, de la pulsion, de l'angoisse, ce qui est comparable devient insignifiant. Ce qui compte à ce niveau, c'est le léger écart de sens entre deux éléments signifiants d'allure pourtant identique. Autrement dit, un lapsus n'est pas l'autre — même s'il s'agit, sur le même mot, du même trébuchement. La réalité dont sont tissés les rêves est malaisément quantifiable. Elle

³⁴ Pour qui veut en savoir plus, lire : S. Kirk et H. Kutchins (respectivement professeurs en sciences sociales à Columbia et à Sacramento), *The Selling of DSM. The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New-York, 1992, trad. fr., *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Synthelabo Institut éditions, Paris, 1998.

³⁵ Lisa Cosgrovea, Sheldon Krinsky, Manisha Vijayaraghavana, Lisa Schneidera, *Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry*, University of Massachusetts, Boston, Mass., and Tufts University, Medford, Mass. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2006 ; 75 : 154-160 (vol. 3, avril 2006).

³⁶ J'insiste sur la psychanalyse car, cliniquement, son champ m'est familier, mais plus encore parce qu'elle va largement au-delà de la seule théorisation de sa pratique. Proposant une vision anthropologique globale, la psychanalyse contribue largement au déchiffrement du fonctionnement tant du psychisme que des faits sociaux. En ce sens, il n'est nullement nécessaire de s'y rallier cliniquement pour s'en servir comme outil de réflexion.

³⁷ Ce qu'un esprit aussi prestigieux que Karl Popper n'a pas réussi à faire. Surtout, semble-t-il, faute d'information suffisante sur la psychanalyse. Voir : Francis Martens, « Psychanalyse et science : sur le zinc avec Karl Popper, ou de l'inconvénient d'assaisonner les fraises comme les échalotes », *Psychiatrie Française*, n°3, 2006, Association Française de Psychiatrie, 2006, Paris.

n'appartient pas au sommeil paradoxal. L'imagerie médicale nous éblouit mais ne dit rien du film. Le psychisme ne parcourt pas haletant le câblage de l'homme neuronal. Il s'étend aux confins de la culture qui l'enfante. Sans transmission de la langue, peu de pensée. Sans verbe « être », pas de métaphysique. Le génome n'est pas l'identité, la technologie, pas la science. Arrivés au degré de complexité qui nous accroche au langage, nous n'avons que la conscience réflexive et son outil – la parole – pour décrire sans trop le dissoudre ce qu'il en est de nous. Le reste n'est qu'énumération de conditions nécessaires. En ce sens, Joyce nous est plus utile que Changeux. La politique de la santé mentale ne se réduit pas non plus à la codification des soins. Si le refus de l'évaluation abusive procède clairement d'une position épistémologique, c'est aussi un combat contre l'uniformisation destructrice. Du point de vue de la citoyenneté, l'éthique psychanalytique s'inscrit aux côtés de tout ce qui veut promouvoir l'égalité dans la différence. Elle est allergique au totalitarisme. C'est loin d'être un monopole ! La pluralité des professions de la santé mentale protège du glissement vers la normalisation. À l'interface des autres pratiques médicales, le psychiatre occupe une position stratégique difficile, écartelé parfois entre des modèles tout en tension. C'est aussi le cas du travailleur social. Pour revenir à l'*evidence based medicine*, il est une raison plus fondamentale qui empêche d'évaluer une psychothérapie en la comparant à un placebo : c'est qu'elle participe en bonne part du même registre que ledit placebo, sans pour autant s'y réduire. En effet, s'il est une chose mise en lumière par l'occurrence universelle de ce phénomène, c'est bien l'efficacité relative de toute « forme thérapeutique » indépendamment de son contenu. C'est dans cette perspective qu'une « fausse » intervention peut avoir de vrais effets — qui plus est, mesurables. Du côté médical, l'effet placebo révèle la part d'efficacité-parasite non spécifique, inhérente à tous les traitements, même inappropriés³⁸. Sa présence n'apparaît qu'en filigrane, mais avec suffisamment de netteté pour qu'on tente de maintenir cette variable constante lors des expérimentations. Au sein des psychothérapies, l'effet placebo se fond dans l'ensemble, accompagnant sur un mode mineur ce que le processus favorise en majeur. Il représente la forme la plus originaire de ce que la psychanalyse tente de mobiliser dans la cure et qu'elle théorise en termes de transfert et de rapport à l'objet.

Cela dit, quand pour sauver un homme il faut le réduire techniquement à ses organes, on comprend que la réflexion sur le placebo fasse quelque peu désordre. L'ignorer, pourtant, expose aux redoutables ravages de l'effet nocebo, capable lui de tuer son homme ! En fait, la quasi-absence de recherches sur la nature de l'effet placebo atteste du peu de préoccupation scientifique de nombre de praticiens de la santé. Leur pragmatisme néanmoins n'est pas en soi un défaut, pour autant qu'il n'obture tout questionnement et ne nous réduise pour de vrai à nos organes. Réouvrons dès lors à tout hasard la question avec une proposition d'épistémologie poétique : « Tout ce qui vaudrait la peine d'être prouvé, disait Alfred Tennyson, ne peut être ni prouvé, ni infirmé. » Allez donc démontrer l'amour de Jean pour Jeannette... Allez prouver que le quintette avec clarinette de Mozart, Koechel 581, est un pur chef d'œuvre... Impossible bien sûr — bien que là soient nos raisons de vivre.

Toute pratique issue d'une théorie incapable de prendre en compte nos raisons de vivre peut nuire gravement à la santé.

³⁸ Rappelons que ces considérations succinctes s'appuient sur un corpus scientifique énorme ne procédant que du modèle expérimental.

Résumé

Au sein de la société néolibérale mondialisée, régulée par la seule «main invisible» du marché, la notion de «psychopathologie» a disparu. S'interroger sur le sens individuel ou social d'une souffrance n'a plus en réalité aucun sens. Il s'agit plutôt d'éliminer par des recettes les désordres – éventuellement mentaux – qui pourraient nuire au système. Il s'agit donc moins, pour l'individu, de chercher à comprendre que de recommencer à fonctionner. En matière de psychiatrie, cette idéologie possède un bréviaire universellement répandu : le DSM. Pas étonnant que la psychanalyse n'y trouve plus de place et que l'identité des psychiatres s'y voit mise à mal. Les conséquences sont préoccupantes, tant du côté de la prise en compte de facteurs socio-économiques cruciaux en matière de souffrance psychique, que de la mise en œuvre de critères d'évaluation et de formation et d'organisation adéquats en matière de santé mentale.

Mots-clefs

Chômage, dépression, DSM-IV, évaluation, Freud, ISRS, placebo, Mozart, néolibéralisme, Tennyson.