



**HAL**  
open science

# Le psychotrope comme principe actif: entre discours sur soi, savoir incorporé et configurations relationnelles

Lou Broos

► **To cite this version:**

Lou Broos. Le psychotrope comme principe actif: entre discours sur soi, savoir incorporé et configurations relationnelles. Sciences de l'Homme et Société. 2018. dumas-01976749

**HAL Id: dumas-01976749**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01976749>**

Submitted on 10 Jan 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ DE CAEN NORMANDIE**

UFR Humanités et Sciences Sociales (HSS)

Master de Sociologie (M2)

*Parcours « Vulnérabilités »*

Année universitaire 2017-2018

**LE PSYCHOTROPE  
COMME PRINCIPE ACTIF :  
entre discours sur soi, savoir incorporé  
et configurations relationnelles**

**Lou BROOS**

Directeur de recherche : Monsieur Philippe CHANIAL

Co-directrice de recherche : Madame Hélène MARCHE

## REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma plus profonde reconnaissance et ma gratitude envers Philippe Chanial et Hélène Marche, qui tous deux ont tant contribué à ce travail de recherche. Leur patience, leur optimisme, leur souplesse, le soutien stimulant dont ils ont fait preuve tout au long de ces deux dernières années, méritent ces plus sincères remerciements.

Aux cinq participants de notre enquête de terrain, Hulu\*, Basile\*, Anna\*, Julien\* et Étienne\* : merci d'avoir si activement contribué à cette recherche, pour toute la gentillesse accueillante dont vous avez pu faire preuve au cours des entretiens, pour la confiance que vous m'avez accordée en acceptant de témoigner de vos expériences respectives. Ce travail vous est dédié.

Parmi celles et ceux sans lesquels cette recherche n'aurait pu être menée à bien, une mention spéciale pour Bernard : son humanité, sa patience — et quelle patience ! —, sa bienveillance, mais aussi ses suggestions, relectures, sauvetages informatiques et j'en passe, ne laissent que peu de mots pour lui exprimer une reconnaissance à la mesure de son amplitude ressentie.

À mon père, à Timothée, Mathilde et leurs merveilleux moutards, à Fanny ; à celles et celui qui ne sont plus là, mais vers lesquels monte cette petite cantate, « obsédante et maladroite, que nous jouions autrefois, que seule je joue maladroite, si-mi-la-ré-sol-do-fa »...

## TABLE DES MATIÈRES

### INTRODUCTION \_\_\_\_\_ 5

#### Première partie

#### LA SANTÉ MENTALE EN FRANCE SOUS LE PRISME DES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES ..... 9

#### LE « DÉSENFERMEMENT », UNE RÉORGANISATION DES RELATIONS ENTRE LA MALADIE, LA SANTÉ ET LA SOCIÉTÉ ..... 10

- ◆ Ruptures et inerties dans l'approche biologique des pathologies mentales 11
  - La psychiatrie biologique au XXème siècle : des pratiques et des visées thérapeutiques mouvantes 11
  - L'année 1952 et la « révolution chlorpromazine » 14
  - L'ère de la pharmacologie : du premier neuroleptique à un arsenal psychotrope 16
- ◆ L'ère des psychotropes : le soin autour, contre et par rapport au médicament 19
  - Les politiques de sectorisation à la française 19
  - Psychanalyse et psychothérapies : et si on en parlait ? 22
  - Rationalisation des pratiques et crise de la « médecine spéciale » 26
- ◆ Médicaments psychotropes et économie 31
  - De la puissance de la recherche scientifique et technique dans le domaine des psychotropes 31
  - L'industrie pharmaceutique et ses « technologies socioculturelles de domination » 37

#### DE LA MALADIE MENTALE À LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE : PSYCHIATRIE ET « SANTÉ MENTALE » ..... 42

- ◆ Principes et implications sociales du « grand renversement » 43
  - La valorisation de l'accomplissement personnel et du bien-être social 43
  - Autonomie, responsabilisation et consentement : souffrance psychique, handicap social 46
- ◆ Psychisme et neurosciences 51
  - De l'être cérébral à la psychopharmacologie souveraine 52
  - *Evidence-Based Medicine* (EBM) et administration de la preuve 56

## Seconde partie

UN OBJET CULTUREL ET SOCIAL, UNE RELATION : PRATIQUES ET MONDES VÉCUS ÉCLATÉS .....	59
--	----

REMÈDE ET POISON : PARADOXES DES TRAITEMENTS, AMBIVALENCES DES SUJETS .....	70
--	----

◆ Les médicaments psychotropes entre effets réels et spécificités sociales	72
▪ Des principes actifs aux effets secondaires : une expérience corporelle et psychique bifide	72
▪ La médication entre « mal nécessaire » et nécessité du moindre mal	81
◆ Expériences vécues des traitements et modification du rapport à soi et à l'altérité	86
▪ Médicaments et « handicaps iatrogènes »	86
▪ Incorporer un médicament et accepter ce qu'il veut dire	91

NÉGOCIATIONS, CONSENSUS ET « BRICOLAGES » : LE SOCIAL EN TENSION ENTRE SAVOIRS ET POUVOIRS .....	97
---	----

◆ Pluralisme des savoirs et compétences négociées	97
◆ Pluralisme thérapeutique et autonomie négociée	107

CONCLUSION .....	115
------------------	-----

ANNEXE 1 .....	117
----------------	-----

ANNEXE 2 .....	121
----------------	-----

LEXIQUE .....	133
---------------	-----

BIBLIOGRAPHIE .....	139
---------------------	-----



## INTRODUCTION

Le corps et le psychisme ont très longtemps été décrits comme deux entités séparées. Dans un article intitulé « The Mindful Body », les anthropologues américaines Nancy Soper-Hughes et Margaret Lock (1987) corroborent la thèse de l'influence cartésienne sur la durabilité historique d'une telle dichotomie, certes aveuglante dans l'appréhension de l'être humain dans sa globalité. Néanmoins, René Descartes (1596 – 1650) se serait plutôt « contenté » d'asseoir des principes d'ores et déjà ébauchés dans les prémisses des sciences occidentales et de la médecine clinique. Le Corpus Hippocratique (400 avant J.-C.) visait déjà, en effet, la constitution d'une science médicale en-deçà de toute approche magico-religieuse du corps humain, au profit d'une rationalité suffisamment probante pour annihiler l'autorité des guérisseurs mystiques, des « mages » et autres « charlatans ».

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, la pratique clinique témoigne d'une timide révocation de la tradition idéaliste cartésienne : les causalités de dysfonctionnements/gènes physiques ou somatiques commencent à être ainsi investiguées dans le champ psychique lui-même. *Soma* et *psyché* ne seraient donc pas si distincts, mais bien plutôt deux entités complémentaires. Une telle prise de conscience a alors induit la redéfinition des conditions du savoir médical et de son objet, où les rapports réciproquement entretenus par le corps et le psychisme restaient à élucider. De nouvelles perspectives médicales et théoriques se sont déployées, en lien avec la psychophysiologie ou encore la psychosomatique par exemple. Les anthropologues de la médecine et les cliniciens les plus enclins à dynamiter l'édifice dualistique peineraient encore, toutefois, à maintenir de « saines » distances vis-à-vis du dualisme cartésien, échouant trop souvent à appréhender l'existence humaine de la maladie et/ou de la douleur dans une perspective intégrant les différentes modalités de l'être-au-monde.

Pour autant, de plus en plus de cliniciens accordent quelque crédit à l'anthropologie médicale, et concèdent une relative opérationnalisation pratique de travaux émanant de cette discipline et d'autres modes de connaissance beaucoup moins expérimentaux que la leur : la psychiatrie culturelle, la sociologie médicale ou encore l'épidémiologie psychiatrique. Ils reconnaissent ainsi que les enseignements portés par ces diverses disciplines sont susceptibles d'éclairer des questionnements existentiels persistants et irréductibles à des « faits » biologiques. Et si la biomédecine contemporaine demeure particulièrement en prise avec le cartésianisme et les modes d'administration de la preuve qui lui sont associés, les cliniciens n'en sont pas moins conscients de la réalité de la douleur d'un sujet — que cette souffrance soit

d'origine somatique et/ou psychique —, y compris lorsque l'imagerie médicale ou des analyses biochimiques n'en disent rien.

Dans un tel contexte et de ce point de vue, la psychiatrie constitue une spécialité médicale tout à fait singulière, un domaine d'action sans équivalent sur le vivant humain et son intangible subjectivité. Elle se conçoit comme un assemblage de disciplines à la croisée de la médecine et de la clinique mentales, suivant une logique à la fois diagnostique et thérapeutique (Ehrenberg & Lovell, 2001). Des facteurs à caractère biologique peuvent certes intégrer le processus diagnostique des pathologies psychiques, mais sans que ces symptômes plus ou moins palpables n'en viennent à réduire la délicatesse d'une telle science. Le statut médical de la psychiatrie a ainsi longtemps souffert d'une certaine ambiguïté, dans la mesure où elle est notamment appelée, en émettant des diagnostics, à objectiver des critères subjectifs. Les concepts et notions qu'il s'agit d'y mobiliser ne relèvent pas seulement de la philosophie mais engagent directement la médecine, la vie, « *autrement dit un domaine pratique où les enjeux pèsent plus lourd* » (*ibid.*).

Pratique complexe à la jonction de questionnements médicaux, sociaux et moraux, la psychiatrie comme médecine plus ou moins « spéciale » fait l'objet d'abondants débats, de controverses et de polémiques quant à ses théorisations et aux modalités par lesquelles elle se pratique. L'efficacité de ses thérapeutiques, ses stratégies de recherche, le mode singulier suivant lequel les causes et les facteurs d'affections psychiques y sont appréhendés, y constituent des points de tension majeurs. Les praticiens concernés ne peuvent faire l'impasse sur une approche philosophique et morale du sujet humain, et il s'agit bien là d'un type de raisonnement que de nombreuses autres spécialités médicales peuvent exclure de leurs grilles d'analyse. En définitive, cet ensemble d'indices esquisse la profonde hybridité de la discipline psychiatrique, « *à la fois médecine comme une autre et autre que la médecine* » (*ibid.*).

Les lendemains de la Seconde Guerre mondiale symbolisent un tournant dans la pratique psychiatrique. Avec l'invention des traitements psychotropes<sup>1</sup>, et plus particulièrement

---

<sup>1</sup> Le terme *psychotrope* désigne une « *substance chimique qui agit principalement sur l'état du système nerveux central et y induit des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales* » (Richard *et al.*, 2004). À ce titre, les antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques et thymorégulateurs (ou régulateurs de l'humeur) constituent des psychotropes, au même titre que l'alcool, la caféine, la théine, la nicotine, le cannabis, le pavot ou encore la muscade, puisque chacune de ces substances (« naturelles » ou non) induisent une modification du fonctionnement cérébral et du comportement



des neuroleptiques ou « antipsychotiques », on reconnaît la propension de certains assemblages moléculaires à agir sur le psychisme, et ce dans une perspective thérapeutique. La découverte, puis le perfectionnement de tels outils pharmacologiques, présentent alors une double-vertu. La discipline psychiatrique assied peu à peu la légitimité de sa pratique, en développant une pharmacopée qui lui est propre et qui donc la singularise : « *ayant désormais leurs médicaments, les psychiatres peuvent s'identifier au modèle médical classique* » (Coupechoux, 2006 : 161). La « médecine spéciale » n'en est donc pas moins médicale que d'autres spécialités d'ores et déjà singulièrement outillées. Mais surtout, en favorisant le ralentissement thérapeutique de l'activité psychique et la réduction de l'agitation motrice de celles et ceux qui les absorbent, ces médications ont impulsé une vaste réforme d'une institution psychiatrique dont les pratiques ne se déploieront plus seulement dans le milieu hospitalier. Le mouvement de biologisation de la psychiatrie, initié dès le début du XX<sup>ème</sup> siècle, gagne ainsi en prégnance par l'expérimentation de thérapeutiques visant à corriger les troubles psychiques, à en atténuer les symptômes les plus invalidants d'un point de vue social, et dans le meilleur des cas à les faire disparaître.

Cette recherche vise à replacer le médicament psychotrope dans un contexte social élargi, un paysage au sein duquel il constitue bien davantage qu'un instrument d'intervention biomédicale. Dans une perspective socio-anthropologique attentive à l'enchevêtrement des discours et des pratiques inhérents à un tel objet médicamenteux, nous contribuerons ainsi à dévoiler toute l'épaisseur et la complexité des logiques sociales, interactionnelles et culturelles qu'il contribue à façonner tout autant qu'il s'en imprègne, et ce suivant un cycle de vie rythmé par l'intervention d'un certain nombre d'acteurs sociaux.

La pharmacologie psychotrope en est venue à bien opportunément outiller les pratiques médicales ; à une autre échelle, les grandes entreprises pharmaceutiques commercialisent toujours davantage de molécules depuis les années 1950, en diversifiant progressivement les gammes de produits médicamenteux proposées tout autant que la « clientèle » qui y recourt. Cet objet est donc porteur de très nombreux enjeux sociaux, médicaux, scientifiques, institutionnels, ou encore économiques dont nous tâcherons de rendre compte à partir de la littérature que nous avons recueillie et analysée, et ce au sein de la première section intitulée « La santé mentale en France sous le prisme des médicaments psychotropes ».

S'il existe donc désormais de très nombreux médicaments psychotropes — et dont la plupart a fait preuve d'une efficacité avérée vis-à-vis des symptomatologies motivant leur prescription —, leurs effets et conséquences sur les sujets traités n'en demeurent pas moins variables. La prescription et la consommation de ces substances, tout à la fois outils thérapeutiques et objets sociaux (Collin *et al.* 2006 : 128), « *agissant sur les corps de manière à soulager les maux de l'âme* » (Grard, 2011 : 342), participent certes d'une dynamique de re-subjectivation des personnes. Elles contribuent toutefois, et par la même occasion, à l'objectivation de leurs troubles et de leurs manières d'être au monde : une objectivation qualifiant à la fois un état de santé et le sujet qui le subit, à travers toutes les dimensions de son existence. Nous appréhenderons ainsi, en seconde section — « Un objet culturel et social, une relation : pratiques et mondes vécus éclatés » —, les voies par lesquelles la médication psychiatrique contribue à façonner l'expérience vécue d'une affection psychique de longue durée, et ce en mobilisant tout particulièrement les données de l'enquête de terrain socio-anthropologique que nous avons réalisée au cours de cette année universitaire.

Les termes et expressions suivis du symbole « ° » — dès lors que les vocables utilisés nous ont semblé relativement complexes ou spécialisés — se trouvent rassemblés et redéfinis au sein de la section « Lexique ». Les expressions mises en forme italique, parmi les témoignages recueillis, n'indiquent pas d'éventuels hausses de ton de la part des enquêtés, ni même leur insistance, mais bien plutôt notre volonté de mise en exergue des propos les plus significatifs, au regard de la thématique que nous développons et que ces propos viennent justement illustrer.

De même, l'« Annexe 1 » est constituée du guide d'entretien mobilisé lors de notre enquête de terrain, et l'« Annexe 2 » des résultats de recherche que nous n'avons pu intégrer au corps de développement, mais dont nous avons tout de même souhaité faire part, en ce qu'ils éclairent les trajectoires de vie et de santé de nos enquêtés.

# [ 1 ]

## La santé mentale en France sous le prisme des médicaments psychotropes

L'appréhension et les modes de prise en charge de la maladie mentale ont subi de profondes transformations tout au long du XX<sup>ème</sup> siècle. Si l'on a coutume de plus spécifiquement retenir la rupture avec un fonctionnement institutionnel de type « asilaire » — dès la fin de la Seconde Guerre mondiale —, la succession de paradigmes scientifiques et médicaux n'a pas non plus manqué d'inaugurer des conceptions du soin psychiatrique novatrices. De même, un certain nombre de mutations sociales et de courants intellectuels ont contribué à façonner toute la singularité historique de ces évolutions, suivant un cheminement parfois erratique, des avancées et des reculs à analyser suivant une temporalité étendue. Les médicaments psychotropes et leur perfectionnement ont tout particulièrement contribué à de telles mutations, comme un outillage des plus opportuns à une médecine en quête de légitimité scientifique et des moyens susceptibles d'impulser à la fois une rénovation de ses pratiques et un élargissement de sa patientèle. Interpénétrant ainsi de nombreuses sphères de la vie sociale, ces substances chimiques sont porteuses d'enjeux dépassant le cadre d'une rationalité purement médicale.

Afin de mieux saisir les contours et enjeux des médicaments psychotropes dans un tel contexte, nous entreverrons tout d'abord les voies par lesquelles la « fin de l'asile » traduit une réorganisation des relations entre la maladie, la santé et la société : où les thérapeutiques médicamenteuses modifient les rôles et pratiques des professionnels, mais aussi le rapport de la médecine aux questions d'économie. Il s'agira ensuite d'aborder ce qu'Alain Ehrenberg (2004a) nomme un « *grand renversement* », par lequel la psychiatrie médicale raisonnerait moins en termes de maladie mentale que de souffrance psychique, et fonderait l'espoir de répondre aux demandes qui lui sont formulées, par le biais de traitements médicamenteux.

## LE « DÉSENFERMEMENT », UNE RÉORGANISATION DES RELATIONS ENTRE LA MALADIE, LA SANTÉ ET LA SOCIÉTÉ

Les premières prescriptions légiférant l'internement des aliénés en France ont été créées en aval de pratiques d'ores et déjà éprouvées. C'est en effet en 1838 que le roi Louis-Philippe ratifie la première loi touchant spécifiquement à la prise en charge des malades mentaux (Postel & Quénel, 2012 : 164). Le contexte de ce décret est celui des dénonciations, toujours plus nombreuses, du sort réservé aux aliénés, ainsi que du fonctionnement institutionnel d'asiles réduits à une unique fonction : celle de la réclusion. La question des malades mentaux se serait ainsi convertie en « *préoccupation policière* » (*ibid.* : 181), en problème de sûreté publique.

Citons, pour exemple, l'expérience du journaliste Albert Londres (1884 – 1932) : il réalise plusieurs immersions dans des asiles français au début des années 1920. S'y faisant « passer pour fou » — non sans difficulté — pour mieux cerner les modes de traitement des malades mentaux, il assimile la loi de 1838 à « *une loi de débarras* », qui « *n'a pas pour base l'idée de soigner et de guérir des hommes atteints d'une maladie mentale, mais la crainte que ces hommes inspirent à la société* » (Londres, 1997 [1925]). Ainsi que le soulignent Madeleine et Henri Vermorel<sup>2</sup>, un certain mode de prise en charge et/ou d'accompagnement des malades mentaux, appréhendé d'un point de vue institutionnel, est intrinsèquement lié au contexte socio-culturel dans lequel il s'inscrit : « *c'est à l'humanisme et à ses oscillations dans l'histoire que sont liés le chemin et les combats de la psychiatrie, ses périodes de faste et ses périodes de stagnation ou de recul* » (Vermorel & Vermorel, 1966).

Dans les années 1960 émerge le principe du « secteur ». Il s'agit d'un outil de désenfermement qui vise à « *articuler l'offre de soins aux patients* », « *liant le dedans et le dehors en proposant des structures extra-hospitalières de proximité* » (Le Pape, 2002 : 9). Ainsi dépériront les institutions « totales » et se développeront des pratiques d'accompagnement, d'insertion, de soutien au sein de la sphère civile, permettant au patient de recouvrer « *une place d'humain dans un monde d'humains* » (*ibid.*). Ce que d'aucuns nomment « traitement communautaire » induit donc une

<sup>2</sup> Madeleine Vermorel (1931 - 2017) et Henri Vermorel (1927 -), tous deux psychiatres dès les années 1950, sont spécialistes de la psychanalyse freudienne, et ont publié un certain nombre d'ouvrages à ce sujet

certaine dissémination des compétences — interpersonnelles, professionnelles, sociales, institutionnelles... — ainsi qu'une démultiplication des spécialités professionnelles impliquées. La centralité du jugement médical n'a pas été sapée, loin s'en faut, par l'entrée en jeu de nouvelles professions ; d'autant que l'approche médicale inhérente au traitement de la folie aurait plutôt impulsé de telles mutations plus qu'elle ne les aurait subies.

### ◆ Ruptures et inerties dans l'approche biologique des pathologies mentales

L'appréhension et la prise en charge de pathologies mentales par lesquelles se définit la psychiatrie appelle à l'enchevêtrement de la médecine et de la clinique mentales, de logiques thérapeutiques et diagnostiques, mais sans pour autant s'y limiter. Elle constitue un champ d'action sans équivalent sur le vivant humain et la subjectivité, une « *médecine spéciale* » dont la pratique appelle à conjuguer des principes médicaux, sociaux et moraux (Ehrenberg & Lovell, 2001). Au fil du XX<sup>ème</sup> siècle, chercheurs et praticiens ont progressivement admis que la souffrance et le désordre psychiques étaient susceptibles de s'expliquer par des formes de dysfonctionnement biologiques, cérébraux et/ou énergétiques ; leur accompagnement ne s'en avère ni moins délicat, ni moins aléatoire. L'intervention directe sur les corps des sujets soulève, quant à elle, des enjeux éthiques et moraux d'un nouveau type.

### ■ La psychiatrie biologique au XX<sup>ème</sup> siècle : des pratiques et des visées thérapeutiques mouvantes

Retraçant l'histoire de la psychiatrie biologique tout au long du siècle dernier, Jean-Noël Missa (2006) caractérise l'évolution des thérapeutiques psychiatriques agissant sur les corps des sujets souffrants<sup>3</sup>, exhumant par là un passé non si lointain et des moins glorieux. Il découpe le soin psychiatrique du XX<sup>ème</sup> siècle en quatre étapes : « calmer », « secouer », « couper » et « guérir ». Chacune d'entre elles se distingue donc par un mode de traitement de la maladie mentale et un objectif particulier, et par le biais des corps des sujets souffrants

---

<sup>3</sup> Cité et repris par Julien Grard (2011) ; le découpage historique opéré par Jean-Noël Missa, et dont nous allons rendre compte, mobilise notamment les analyses effectuées par J. Grard dans sa thèse de doctorat à ce sujet (pp. 343-344)

eux-mêmes. Il nous revient néanmoins de noter que ces étapes ne décrivent pas la perspective de traitement exclusive mais dominante à une époque donnée, et qu'elles se chevauchent et s'interpénètrent davantage qu'elles ne se seraient strictement succédé les unes aux autres.

En premier lieu, les procédés déployés visaient donc à « calmer » l'agitation psychomotrice des personnes internées en provoquant de violentes crises de fièvre, par inoculation d'un agent infectieux — plus particulièrement la « malarithérapie<sup>o</sup> », en vogue dans l'entre-deux-guerres. Citons, par exemple, l'épisode relaté par Pierre Deniker (1917 – 1998) lorsqu'il officiait au sein d'un service de neuropsychiatrie militaire, en 1939 :

« Un de nos infirmiers étant “devenu fou”, Henri Ey m'ordonna de chercher au service peinture de la térébenthine “bien sale”. Injectée à la cuisse du malade, elle déclencha un abcès avec fièvre, et le malade guérit. » (Deniker, 1992 ; Pignarre, 1995 : 136)

Deux modes de « traitements de choc », visant à « secouer » les malades par « sismothérapie chimique », seraient venus compléter puis suppléer l'induction de fièvres extrêmes : le choc insulinaire<sup>o</sup> — ou cure de Sakel — et la convulsivothérapie<sup>o</sup>. Le premier consistait à injecter des doses massives d'insuline aux patients psychotiques, dans le but d'induire un coma hypoglycémique, et la seconde à provoquer ces mêmes crises convulsives par administration d'un dérivé de camphre, le Cardiazol<sup>®</sup>, puis par stimulation électrique. Ces méthodes ont fait l'objet de vives critiques, à rattacher à leur indéniable brutalité, à la gravité de leurs effets secondaires — lésions cérébrales irréversibles, parfois létales — et aux motifs de leur administration. La convulsivothérapie a été tout particulièrement décriée du fait de l'usage répressif et punitif dont elle aurait surtout fait l'objet, d'une violence intrinsèque particulièrement dénoncée par les tenants de l'antipsychiatrie<sup>o</sup> et d'œuvres artistiques emblématiques de ces contestations. Nous songeons ici particulièrement au personnage de Randall P. McMurphy, incarné par Jack Nicholson dans *Vol au-dessus d'un nid de coucou*<sup>4</sup> (1975), et à la chanson de Lou Reed (1942 – 2013) sortie un an plus tôt, « Kill your sons », dans laquelle il évoque les électrochocs qu'il a subis adolescent, censés le « guérir » de sa bisexualité. Par ailleurs, le principe de convulsivothérapie n'a pas disparu du paysage thérapeutique contemporain, mais a vu son appellation complétée et ses indications restreintes : l'électroconvulsivothérapie (ECT) continue d'être pratiquée mais sous anesthésie générale, dans des cas de dépression sévère et sous couvert du consentement du patient.

---

<sup>4</sup> Œuvre cinématographique réalisée par Miloš Forman (1932 – 2018), et tirée du roman de Ken Kesey (1935 – 2001), *One flew over the cuckoo's nest* (1962)

La troisième phase — « couper » — est celle des lobotomies<sup>o</sup> et des leucotomies : des actes chirurgicaux draconiens et eux aussi très controversés. Sous anesthésie ou non, avec ou sans trépanation, la lobotomie et la leucotomie — cette dernière pratiquée de manière plus ciblée — consistaient à sectionner des fibres nerveuses, et plus particulièrement celles du lobe frontal. Ce lobe jouant un rôle majeur dans la planification, le langage et les mouvements volontaires, de nombreux médecins conçurent la dégradation des connexions qui s’y logent comme le « remède de la dernière chance » pour de multiples troubles mentaux et moteurs, et à moindres frais. Alors considérées comme des techniques médicales de pointe, elles ont néanmoins fait l’objet de dénonciations plus ou moins médiatisées là où elles étaient le plus abondamment pratiquées — surtout aux États-Unis. Et une nouvelle fois, le succès médiatique de *Vol au-dessus d’un nid de coucou* a contribué à attirer l’attention sur la barbarie de ces interventions chirurgicales, et sur la gravité de leurs conséquences sur les fonctions somatiques, psychiques et cognitives des patients qui en avaient fait les frais, quand ils n’y avaient pas même succombé.

La quatrième et dernière phase se donne la guérison pour objectif : un espoir porté par la découverte des traitements médicamenteux. L’administration de substances comme la morphine, l’éther et les barbituriques n’était pas nouvelle dans les asiles d’aliénés dès le XIX<sup>e</sup> siècle, mais elle ne se réalisait que dans la perspective d’intervenir ponctuellement sur l’agitation psychomotrice, dans des moments de « crise ». Ce n’est qu’aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale que les modalités médicales de prise en charge des pathologies mentales graves se sont profondément et durablement transformées. La raison en est la découverte, presque fortuite, d’un assemblage moléculaire aux propriétés « stupéfiantes » — sans mauvais jeu de mots — : la chlorpromazine (Largactil<sup>®</sup>), en 1952. Cette découverte, laissant entrevoir la possibilité de maîtriser les manifestations les plus invalidantes des psychoses, a accouché d’un mode de traitement médicamenteux au long cours et contribué à réorganiser le fonctionnement de l’institution psychiatrique de manière profonde. Ces modifications concernent tout autant la nature et la visée des dispositifs qui s’y déploient, que le statut de la médecine mentale et de ses agents.

La brutalité barbare des pratiques dont nous avons évoqué les principales modalités ne saurait être niée. Pour autant, le sensationnalisme relatif de ce bref inventaire ne saurait nous faire oublier les vertus du recul sur l’histoire. Hier comme aujourd’hui, les pratiques médicales étaient et sont indissociables d’une rationalité aux techniques circonstanciées, enracinées dans un terreau historique et social qui lui est particulier. Les traitements de chocs et autres lobotomies jadis élevés au digne statut de remèdes-miracles nous semblent certes à

des années-lumière de ce que nous concevons désormais comme relevant de la thérapie et du soin ; les thérapeutiques qui nous sont contemporaines feront vraisemblablement l'objet du même jugement d'ineptie et d'inhumanité de la part des générations à venir. Une illustration prenant la forme d'une récompense des plus prestigieuses, dans le domaine scientifique, achèvera de nous en convaincre : le prix Nobel de physiologie ou de médecine a été attribué à Egas Moniz (1874 – 1955) et Walter Rudolf Hess (1881 – 1973) en 1949, « pour la découverte de la valeur thérapeutique de la leucotomie pour certaines psychoses ». De quoi inviter à « *perdre l'illusion d'un progrès permanent* » (Pignarre, 1995 : 129) et à mieux entendre ce que Gladys Swain (1945 – 1993) y percevait de pernicieux :

« Ce n'est pas ôter aux mérites et à l'audace des novateurs que de rappeler que la plus indispensable et la mieux fondée des révolutions ne vient encore qu'à son heure — sauf à séparer, comme notre temps y incline volontiers, la haute exigence morale et les lumières des hommes du présent, de la bassesse, des compromissions ignominieuses et de l'ineptie conservatrice où rampaient nos tristes devanciers » (Swain, 1994 : 38)

### ▪ L'année 1952 et la « révolution chlorpromazine »

Avant de procéder au récit de la découverte de la chlorpromazine et à la description de ses implications pratiques immédiates, il est souhaitable d'introduire ces éléments en les replaçant d'emblée dans la singularité de leur contexte. Nous l'avons indiqué précédemment : le profond renouvellement de la psychiatrie biologique s'est déployé dans l'immédiat après-guerre. À cette époque, nombre de psychiatres ont personnellement fait l'expérience de l'emprisonnement arbitraire, et plus encore, pour certains, celle des camps de la mort. Ils n'ont manqué de s'interroger sur l'humanité de la conception de l'enfermement « thérapeutique » des malades mentaux, des « bienfaits » d'une mise en quarantaine sous contrainte. Le fonctionnement institutionnel de la psychiatrie ne pouvait persister en l'état, pour des raisons à la fois politiques et thérapeutiques : « *Changer l'asile apparaissait donc comme une exigence humanitaire dans une société où, au sortir de la guerre et de l'univers concentrationnaire, l'aspiration démocratique qui allait par ailleurs soulever les peuples colonisés et les minorités opprimées, se faisait de plus en plus sentir* » (Hochmann, 2004 : 94). De plus, des figures emblématiques telles que Lucien Bonnafé<sup>5</sup> ne

---

<sup>5</sup> Lucien Bonnafé (1912 – 2003) est un psychiatre désaliéniste ayant incarné la volonté de mettre fin aux logiques carcérales auxquelles les malades mentaux ont été soumis sous l'égide des aliénistes, où ils évoluaient des décennies durant dans des hôpitaux de type concentrationnaire, la plupart du temps contre leur gré. Il est l'une des principales têtes pensantes et promoteurs de la « psychiatrie de secteur » — le principe du secteur se résume par la création d'équipes soignantes de formations professionnelles diversifiées, à la fois chargées de la prévention, du diagnostic précoce, du traitement et du suivi des patients, à l'intérieur mais aussi et surtout en-dehors des structures hospitalières



se sont pas privées de dénoncer le funeste sort réservé à plus de quarante-mille malades mentaux sous l'Occupation, « *exterminés dans les hôpitaux psychiatriques par la faim et le froid* » (Caire, 2008 : 87).

C'est dès lors, avec cet état d'esprit et à la suite de recherches menées par les laboratoires Rhône-Poulenc — de la découverte de la chlorpromazine puis de sa commercialisation dès 1952 —, que la psychiatrie biologique est profondément renouvelée, à la fois dans ses modalités d'exercice et dans la manière dont elle intègre le paysage médical *stricto sensu*. La chlorpromazine a longtemps été utilisée en association avec deux autres substances, la prométhazine et la péthidine, dans le but d'améliorer les méthodes d'anesthésie existantes (Lempérière & Ropert, 2008 : 233). Dans une publication de février 1952, Henri Laborit<sup>6</sup> (1914 – 1995) et ses collaborateurs signalent le « *curieux effet de désintéressement* » (*ibid.*) induit par l'injection monothérapeutique de chlorpromazine, suggérant par là une extension de ses indications au domaine psychiatrique. La sédation induite par l'administration de cette substance — par voie orale, par injection ou en perfusion — est telle que s'entrevoit, par son biais, la possibilité d'un apaisement salvateur des malades :

« [...] les agités se calment, les délires s'apaisent, le silence s'installe et la communication se rétablit. »

« Je suis fils de psychiatre, raconte le professeur Henri Lôo, médecin-chef à Sainte-Anne, et je me souviens que, dans l'hôpital dirigé par mon père, à la Charité-sur-Loire, il y a eu l'avant et l'après 52 ; avant, c'était épouvantable, les cris, les hurlements, la fureur ; après, en quelques semaines, le silence est tombé. » (Zarifian, 2000 [1988])

Malgré la quasi immédiateté de ses effets, à la fois sur la symptomatologie des patients traités et sur l'ambiance régnant dans les asiles psychiatriques, la chlorpromazine n'a bien entendu pas résolu, à elle seule, les grandes problématiques psychiatriques. Elle ne « guérit » pas non plus les sujets affectés par les pathologies psychiques les plus invalidantes. C'est une idée novatrice, synthétisée par cette substance hybride et tangible, qui prend plutôt des allures de révolution : celle de la possibilité d'un traitement des psychoses au long cours. En apaisant les patients agités et en raréfiant la manifestation de leurs symptômes positifs — notamment les délires et les hallucinations —, le Largactil<sup>®</sup> et ses successeurs invitent les praticiens à reconsidérer leur mission et leur statut, tout en inscrivant pleinement la spécialité psychiatrique dans le paysage médical. En termes de légitimité, la « médecine spéciale » que constitue cette spécialité n'est finalement qu'une « médecine comme les autres ».

---

<sup>6</sup> Biologiste et chirurgien, fondateur de la revue *Agressologie* ; c'est à partir de ses travaux qu'Alain Resnais a réalisé *Mon oncle d'Amérique* (1980)

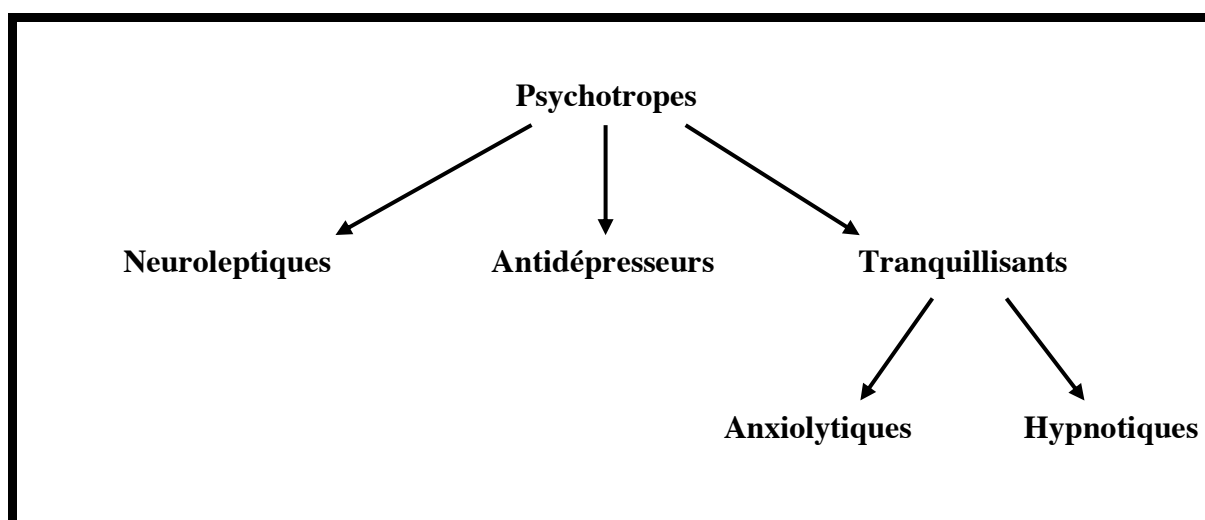
La chlorpromazine pose les premiers jalons d'un projet de médicalisation de la psychiatrie qui soit effectif et rationalisé. Elle est propre à parachever l'édifice théorique et pratique que Philippe Pinel (1745 - 1826) et Jean-Étienne Esquirol (1772 - 1840) appelaient de leurs vœux : la libération des malades mentaux de leurs chaînes (Pignarre, 1995 : 128). Un patient « stabilisé » et se débarrassant d'un potentiel de dangerosité envers lui-même et/ou autrui n'a raisonnablement plus vocation à vivre des années durant à l'écart de la société. L'hôpital n'a dans ce cas plus à être envisagé comme une fin en soi pour les sujets atteints de pathologies mentales : il ne saurait plus être leur « juste place », mais un lieu d'accueil transitoire et de soins ainsi appelé à se désengorger, à se fluidifier. Une autre conséquence, non négligeable, est alors prise en compte : si un patient rendu « indifférent » n'est que très peu susceptible de faire preuve d'agressivité, les thérapeutes peuvent évacuer l'hypothèse de ce risque, et ainsi reconsidérer des pratiques qui ne se fixeraient plus sur cette seule préoccupation. La « *fin de la peur* » (Goudemand, 1992) apparaît *in fine* comme un élément des plus essentiels à l'humanisation des pratiques professionnelles et de la relation au patient qui s'ensuit.

1952 semble donc marquer, officiellement, l'avènement de « *l'ère de la pharmacologie* » (Coupechoux, 2006 : 159) : une ère dans laquelle des médicaments toujours plus sophistiqués — les « psychotropes » — constituent l'un des principaux axes des méthodes thérapeutiques dans la gestion de la maladie mentale. La chlorpromazine n'est finalement que le prototype emblématique dont s'inspireront les recherches en laboratoire pour créer des médicaments capables d'agir avec pérennité sur l'activité nerveuse. Par ailleurs, les médecins-psychiatres officiant à cette époque de changement — plus particulièrement les moins jeunes d'entre eux — n'ont pas abandonné, dès 1952 et par habitude, des pratiques comme le choc insulinique. Ils demeurent dans l'attente que les « médicaments de l'esprit » fournissent les preuves de leur efficacité.

- **L'ère de la pharmacologie : du premier neuroleptique à un arsenal psychotrope**

Le terme « psychotrope » atteste d'un « détournement cérébral et psychologique » : le fait d'orienter artificiellement le psychisme dans une direction souhaitée par les instances médicales et sociales. La désirabilité objective de cette réorientation fait l'objet d'un certain nombre de débats et de controverses dont nous nous contenterons de signaler l'importance.

Les médicaments psychotropes désignent ainsi, et tel que nous l'avons indiqué dans l'introduction de ce travail, un ensemble de « substance[s] chimique[s] qui agissent principalement sur l'état du système nerveux central et y induisent des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience et d'autres fonctions psychologiques ou comportementales » (Richard et al., 2004). Ils sont propres à constituer la pharmacopée spécifique à la psychiatrie. Au regard d'ensembles de symptômes-cibles dont chaque médicament est censé contrecarrer la manifestation, plusieurs classes de produits se distinguent, dont leur nombre lui-même ne fait pas consensus. Nous suivrons ici, pour faciliter la compréhension de ce dont il s'agit, la plus usuelle des classifications utilisées par bon nombre de professionnels — parmi lesquels se trouve Philippe Pignarre (1995). Ainsi Sylvie Fainzang (2001 : 73) en fournit-elle la représentation schématique suivante :



Par souci de simplification, et parce qu'une description fine des principes actifs de chaque classe médicamenteuse n'est ni de notre ressort, ni utile aux besoins de notre analyse, nous reprendrons ici les éléments descriptifs développés par S. Fainzang (*ibid.* : 74) :

« Pignarre décrit ainsi les psychotropes : “Les neuroleptiques sont des antipsychotiques et s'adressent donc aux troubles les plus graves. Les antidépresseurs soignent un trouble qui, selon sa gravité, est considéré soit comme apparenté à la psychose (mélancolie), soit comme “dépression névrotique” et plus récemment “dysthymie” ou dépression récurrente brève.” Les tranquillisants soignent des troubles névrotiques (angoisse, anxiété, troubles du sommeil) à la limite de ce que E. Zarifian appelle “problèmes existentiels” (1994). À cela on ajoutera la précision selon laquelle les anxiolytiques sont utilisés pour combattre l'état d'angoisse et l'anxiété, et les hypnotiques [somnifères] pour lutter contre les troubles du sommeil.

L'idée d'une pharmacopée propre à la psychiatrie naît donc en 1952 avec le premier neuroleptique<sup>o</sup> que constitue le Largactil<sup>®</sup>, supplanté au début des années 1960 par l'Haldol<sup>®</sup> — halopéridol — du fait de l'extrême sédation qu'il induit. Tous deux serviront de matrices à la formulation d'autres substances chimiques neuroleptiques, toujours plus nombreuses et parmi lesquelles se distingueront, eu égard à leur mode d'action biochimique, neuroleptiques incisifs<sup>o7</sup> d'une part, et sédatifs<sup>o8</sup> d'autre part (Grard, 2011 : 344). Le premier anxiolytique<sup>o</sup> — le Librium<sup>®</sup> — est commercialisé en 1955, le premier antidépresseur — Tofranil<sup>®</sup> — en 1957, tous deux suivis par la mise sur le marché d'un grand nombre de médicaments appartenant aux mêmes classes thérapeutiques et diversifiant l'offre proposée.

Ce sont en premier lieu les neuroleptiques qui influenceront le plus profondément sur les pratiques médicales et le développement de produits novateurs par les firmes pharmaceutiques. Le ralentissement de l'activité psychique et de l'agitation motrice qu'ils induisent n'a néanmoins pas fait l'objet d'une approbation unanime : les multiples enjeux qui traversent leur production et leur consommation ne manquent pas de complexité. Ainsi, les protocoles psychiatriques se sont progressivement modélisés sur ceux d'autres spécialités médicales, et cette rationalisation renforcera les positions critiques qui soutiennent que les antipsychotiques sont avant tout une « camisole chimique » ou une « matraque liquide ». C'est en première instance des droits des malades dont il est question : les médicaments administrés entraveraient notablement leur liberté d'agir, dans une démarche plus subtile et moins affichée, mais encore plus pernicieuse que la contention mécanique.

Quoi qu'il en soit de ces réserves et de ces critiques, la reconsidération des modes de traitements de la folie après-guerre — et jusqu'à nos jours — doit beaucoup à l'événement 1952 : un événement qui inaugure une nouvelle conception du monde, un « *nouveau monde social* » que les psychotropes modernes ont contribué à définir. Un monde où « *la folie n'a plus besoin d'être enfermée mais stabilisée dans ses manifestations les plus désocialisantes* » (Pignarre, 1995 : 145). La transformation de la psychiatrie est alors en cours, et les médicaments fournissent aux détracteurs de l'enfermement asilaire les arguments probants leur permettant de s'extraire d'une dénonciation utopiste et improductive des conditions de traitements réservées aux malades. C'est de cet élargissement du champ des possibles, apporté par la transformation de la « boîte à outils » du psychiatre, que naît la « psychiatrie communautaire », la volonté d'un « désenfermement » des malades mentaux dont le suivi entend pouvoir s'exercer en-dehors de l'institution.

---

<sup>7</sup> Agissant plus spécifiquement sur les troubles de la pensée, le délire et les hallucinations

<sup>8</sup> Particulièrement efficaces sur l'anxiété et l'agitation psychomotrice

## ◆ L'ère des psychotropes : le soin autour, contre et par rapport au médicament

La reconnaissance de leur efficacité psychique désormais acquise, les médicaments psychotropes ont pu conquérir le statut d'incontournables thérapeutiques venant bien opportunément outiller la pratique médicale du soin psychiatrique. En contribuant à alléger la symptomatologie — plus particulièrement les angoisses et les inhibitions —, ils facilitent l'expression verbale et, par suite, métamorphosent les modalités relationnelles entre patients et médecins.

Les professionnels qui vivaient cette mutation majeure en auraient dès lors nourri l'ambition de transformer les modalités d'exercice de la psychiatrie et, par-delà la question des pratiques, de modifier le regard professionnel, éthique et social porté sur la « folie » et ceux qu'elle habite. La notion de désaliénation prend une tout autre dimension. Elle ne consiste pas simplement à renoncer à la simpliste conception selon laquelle un individu serait ou totalement sain d'esprit, ou au contraire définitivement aliéné. Elle incarne bien plutôt un projet de soins politique et social, à travers son aspect médical. Là où la pathologie aurait justifié un internement sur le long terme, dans un proche passé, de nouvelles formes de traitement sont envisagées, dans des contextes sociaux eux aussi nouvellement mobilisés. Ce vaste programme porte un nom, moins poétique qu'il n'est porteur des utopies de ses humanistes promoteurs : il s'agit de la « sectorisation<sup>o</sup> ».

### ▪ **Les politiques de sectorisation à la française**

La sectorisation du soin en psychiatrie consiste à prendre un malade en charge au sein même de son environnement quotidien, dans une aire géographique dont le périmètre se dessine en référence à la localisation de son domicile. Le développement de structures intermédiaires, extrahospitalières, est inhérent à ce projet censé assurer la continuité des soins tout en maintenant les sujets « hors les murs » : il s'agit d'une rupture vis-à-vis de l'asile.

L'acte de naissance de la sectorisation psychiatrique est fixé par la circulaire ministérielle du 15 mars 1960, intitulée « Soigner hors des murs, dans la cité »<sup>9</sup>. La politique de secteur édifie ainsi un dispositif d'aménagement des soins apportés aux malades mentaux non plus fondé sur leur exclusion, mais sur « *une équilibre entre les exigences de santé mentale d'une collectivité et la nécessité d'insertion sociale des malades de cette collectivité* » (Sivadon, 1993). Suivant Lucien Bonnafé (2000), le principe du secteur se concrétise par la création d'équipes soignantes issues de formations professionnelles hétérogènes, à la fois chargées de la prévention, du diagnostic précoce, du traitement et du suivi des patients. De quoi promouvoir l'harmonisation des réponses apportées aux troubles psychiques d'une population donnée, elle-même rassemblée en une unité administrative d'environ soixante-dix mille habitants.

Ces soixante-dix mille personnes forment une unité géographique au sein de laquelle l'hôpital n'accomplit plus sa mission en tant qu'entité isolée. Il ne constitue donc plus le seul lieu de prise en charge des troubles mentaux. Dans le cas où l'état de santé d'un sujet semble requérir une hospitalisation, le dispositif majeur de la psychiatrie de secteur — le principe de continuité des soins — entre en jeu : « *il n'y a pas de raison pour qu'une personne prise dans la difficulté relationnelle ne soit pas suivie par la même équipe à la fois dehors et dedans* » (*ibid.*). Le secteur se présente donc comme « *un outil thérapeutique qui doit être souple pour s'adapter aux besoins mouvants qui s'expriment dans le champ de la santé mentale [et qui] doit être également cohérent et coordonné afin d'utiliser au mieux les énergies individuelles des soignants* » (Verpeaux, in Chanoit & Verbizier, 1987 : 49). La psychiatrie sectorisée n'est donc pas seulement issue de la psychiatrie médicale, mais bien plutôt de mutations socio-politiques toujours inachevées et ayant trait aux aménagements des conditions d'existence des personnes atteintes de troubles psychiques. Ces évolutions témoigneraient, suivant les analyses de Danielle Storper-Perez (1969 : 1-4), de l'avènement d'« *une société de rationalité et d'efficience* » s'enquérant « *[d]es moyens de se protéger du danger de désorganisation que constitue le fou, en perpétuant la fonction fantasmatique de la folie* ».

Cette profonde mutation institutionnelle traduit l'autonomisation de patients devenant plus significativement des usagers-consommateurs, en intermittence, de services de soins. Elle promeut également leur (ré)insertion sociale, par la mise en œuvre de dispositifs qui potentialisent un parcours de vie en-dehors des murs de l'hôpital. Dans leurs intentions, ces principes s'adresseraient indifféremment à tous les sujets de troubles mentaux à long terme ; des troubles dont il s'agit d'endiguer les répercussions sur la qualité de vie, dans les multiples dimensions qu'englobe l'existence en société.

---

<sup>9</sup> Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (disponible sur <http://www.chameaupsy.com/images/stories/systeme/doc-archives/circulaires/circulaire-15-mars-1960.pdf>)

Mais en dépit de tout l'optimisme porté par les politiques de secteur, elles n'ont pas échappé à la critique de certains détracteurs de tels projets, portant plus spécifiquement sur leurs implications concrètes. Par exemple, quatre experts-psychiatres, Philippe Cujo, Jacques Desseigne, Michel Horassius et Philippe Koechlin (1978 : 127-133), ont dénoncé tout le paradoxe d'un processus de désinstitutionnalisation aboutissant *in fine* à l'isolement des malades mentaux, non plus à l'hôpital mais dans la Cité elle-même : les dispositifs de réhabilitation accrédi­teraient leur contraire, une forme d'« enfermement au-dehors ». Ces experts décrivent par ailleurs certains des effets les plus pernicieux de l'externalisation des soins, en déplorant l'« *abandon de l'institution à la loi de la jungle et, par-là, [la] perte d'une grande part de son rôle thérapeutique* » (*ibid.*). Ils invoquent également toute l'épaisseur des enjeux sociaux et moraux d'une délégation des soins par laquelle la psychiatrie hospitalière se serait « déchargée » du sort de ceux dont elle devait assurer la prise en charge. L'asocialité des malades mentaux y serait indirectement encouragée, des malades alors livrés aux mains de service de police et de justice inadaptés et désarmés face aux problématiques, si complexes, des troubles de santé mentale.

Les politiques de sectorisation ont également eu une autre conséquence majeure, du point de vue de la redistribution des rôles thérapeutiques : les médecins généralistes sont désormais beaucoup plus souvent confrontés à la souffrance psychique et la détresse sociale. Les données de l'INSEE publiées en 2007 (DREES) révèlent ainsi que les « *troubles mentaux* » seraient la première cause de morbidité — c'est-à-dire de maladie — et de recours aux généralistes pour les populations adultes de 25 à 64 ans<sup>10</sup>. Cet impératif de prise en charge est inhérent à la définition de la médecine générale, des pratiques censées apporter « *une réponse globale aux problèmes de santé dans leur dimension physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle* » (WONCA, 1995). Mais faute de repères et d'une formation suffisamment dense concernant la question qui nous occupe, la médecine généraliste se confronte rapidement aux limites de ses propres pratiques — écoute, prescription de médicaments, fourniture de certificats. L'écoute constitue l'apport aux soins le plus utile et mobilisé par la médecine généraliste, plus encore lorsque le motif de consultation est de l'ordre du psychisme. Les praticiens n'ont toutefois pas forcément suivi de formation spécifique à la réception d'une parole exprimant une telle souffrance. De plus, la médication psychotrope — *a fortiori* la plus complexe et innovante — n'est pas une « spécialité » des généralistes, et sa prescription se passe souvent, en dernier recours et faute de mieux, d'un diagnostic avéré (Haxaire *et al.*, 2010 : 139).

---

<sup>10</sup> DREES, « L'état de santé de la population en France en 2006 », 2007 (<http://www.sante.gouv.fr/drees/santepop2006/02-indicateurs.pdf>)

## ▪ **Psychanalyse et psychothérapies : et si on en parlait ?**

Entre les murs qui retiennent pour soigner, mais aussi en-dehors, les psychiatres n'ont donc pas l'exclusivité de la prise en charge de « ce(ux) qui cloche(nt) », comme ils sont parfois qualifiés tant il peut être difficile d'y procéder d'une manière qui soit plus spécifique. Ceci d'autant plus qu'il n'est plus besoin, désormais, d'être porteur d'une maladie mentale de la plus grande sévérité et présumée incurable pour prétendre à une prescription psychotrope.

Dès le début des années 1960, la psychiatrie biologique nouvelle génération et ses « remèdes » deviennent comme une sorte de centre de gravité des pratiques, redéfinissant les modalités du soin de manière profonde et durable, et en présence d'autres méthodes thérapeutiques déjà anciennes. Certes, ni les psychothérapies, ni la psychanalyse n'ont attendu l'arrivée des neuroleptiques sur le marché pharmaceutique pour faire parler d'elles et asseoir la légitimité de leur pratique, sous l'office de légataires toujours plus nombreux<sup>11</sup>. Elles n'auraient néanmoins su se prémunir de l'âpre concurrence exercée par une psychiatrie prescriptive grignotant progressivement leurs champs d'activités respectifs.

Dès 1945, psychanalyse et psychiatrie se sont étroitement rapprochées (Pignarre, 1995 : 148). Le projet de rénovation et d'humanisation de la prise en charge de la souffrance mentale, porteur de tant d'espoirs, semblait devoir résulter de la conjonction d'efforts pluridisciplinaires, d'une réconciliation des perspectives dénouant toutes les guerres — militaires et mondiales bien sûr, mais aussi théoriques et scientifiques. Henri Ey<sup>12</sup> (1966 : 10) n'y voyait qu'une inéluctable destinée : « *Il est grand temps que la psychanalyse trouve sa place dans la médecine, et qu'elle soit ainsi remise à sa place* ». Cette forme de fraternisation des disciplines n'a pas duré, la petite révolution de 1952 redistribuant les cartes, et ce en prenant le pas sur les thérapies conversationnelles. Celles-ci ne disparaîtront pas du paysage thérapeutique et pratique, mais elles ne feront plus l'objet d'un recours privilégié, tout en acquérant progressivement une forme de domination d'un point de vue intellectuel. La synchronie du perfectionnement des traitements

---

<sup>11</sup> Le fondateur de la psychanalyse, Sigmund Freud, est décédé en 1939, et n'aura donc pas eu l'opportunité de se forger son propre avis au sujet des mutations de la psychiatrie biologique ni des médicaments psychotropes dont elle s'est progressivement dotée. Il avait néanmoins placé de forts espoirs thérapeutiques dans les cures de sujets psychotiques, et par le biais des progrès de la chimie (Jones, 1969 [1957] : 506) : « *une nouvelle expérience clinique* » susceptible de bousculer les théories psychanalytiques, mais aussi et surtout « *de tenir le pari de servir les intérêts du malade et de rester solidement ancrés sur le sol de la psychanalyse (Freud, 1984 [1933])* » (Gougoulis, 2002 : 521)

<sup>12</sup> Henri Ey (1900 – 1977) est un neurologue et psychiatre emblématique du siècle dernier. Il a notamment marqué les esprits pour son opposition aux thèses foucaaldiennes à l'endroit de l'histoire de la folie ; il a cofondé, avec Eugène Minkowski, la revue *L'Évolution psychiatrique* qu'il dirigera seul à partir de 1945, et participera cinq ans plus tard à la fondation de l'Association mondiale de psychiatrie (cf. [http://fr.wikipedia.org/wiki/Henri\\_Ey](http://fr.wikipedia.org/wiki/Henri_Ey))



psychotropes et de l'essor de la psychanalyse et des psychothérapies n'est pas anodine : la psychiatrie biologique de l'après-guerre réinstalle justement les conditions d'une communicabilité des troubles dont le succès des thérapies par la parole est tributaire.

Tout le paradoxe de la médication psychotrope réside dans le mouvement contradictoire qu'elle dessine : une concrétisation de la médicalisation de la psychiatrie, qui dans le même temps a vocation à céder sa place à des pratiques ayant plutôt trait au champ psychosocial qu'à la médecine, du moins à perdre de sa centralité. La psychiatrie médicalisée et la psychanalyse s'interpénètrent, bénéficient de leurs avancées théoriques et pratiques réciproques, mais sans jamais fusionner ni s'exprimer d'une seule voix. Ce que Gladys Swain synthétise comme suit : « *la pénétration des psychotropes a rendu possible et porté la domination des courants psychothérapeutiques* », mais « *la psychiatrie biologique [...] a fait le jeu de son adversaire en plus du sien* », si bien que c'est paradoxalement « *un progrès de la puissance sur le corps [qui] a produit l'expansion d'une croyance dans les pouvoirs de l'âme* » (Swain, 1994 : 270). Le coup de force de la médication psychotrope ne tient donc pas seulement à son efficacité thérapeutique, mais aussi et surtout à la rapidité avec laquelle les recherches et les avancées biomédicales ont potentialisé la colonisation, initialement inenvisagée, de champs d'intervention avoisinants. Ne se circonscrivant pas seulement à la chimie et à des questions posologiques dont les médecins conservent une légitimité de prescription exclusive, l'arrivée des psychotropes ne se contente donc pas de transformer la psychiatrie lourde et héritière des temps de l'asile dont le modèle institutionnel ne tenait plus. Ces médicaments en viennent bien plutôt à bousculer les champs d'intervention traditionnels des autres disciplines impliquées dans le traitement et l'accompagnement de la souffrance mentale.

Les premières années de l'ère pharmacologique — de 1952 à 1957 — sont marquées par une idée forte : le projet d'une certaine coopération professionnelle de la psychiatrie biologique et des thérapies conversationnelles. La première se charge de la prise en charge des pathologies les plus lourdes et les plus invalidantes, de celles qui justifiaient l'asile. Cette prise en charge s'opère par le biais de traitements médicamenteux qui potentialisent la désaliénation de sujets recouvrant une propension à verbaliser leurs troubles. Par suite, psychanalystes et psychothérapeutes prennent le relais en déployant leurs compétences dans un domaine désormais exploitable, tout en poursuivant leurs desseins et activités sur le versant « névrotique » d'une psychiatrie extra-asilaire déjà ancienne — et qui leur revenait de droit. Mais la diversification des indications des médicaments psychotropes, symbolisée dès 1957 par

l'invention du premier antidépresseur, tempèrera de tels espoirs de collaboration, en contribuant subrepticement à discréditer tout ce qui ne soit pas proprement « médical ».

Par conséquent, la psychanalyse des psychoses n'a pas connu l'essor initialement escompté. Les progrès de la chimie autorisent, de surcroît, le traitement de patients déprimés, et qui auraient auparavant plutôt suivi une psychanalyse ou une psychothérapie d'inspiration psychanalytique (Pignarre, 1999 : 7). Les thérapies conversationnelles perdront une indéniable part de leur attractivité dans le domaine d'action qui leur avait initialement été réservé, et qu'Édouard Zarifian (1994) situe à la limite des « *problèmes existentiels* » (angoisse, anxiété, dépressions névrotiques, troubles du sommeil...). La psychiatrie biologique prive les techniciens d'intervention psychosociale et psychothérapeutique d'une partie de leur clientèle, sans leur « rendre » les patients dont la réadaptation sociale pourra se satisfaire de la diversification de la panoplie pharmacologique.

Le recours à la médication psychotrope présente, de surcroît, un indéniable atout. Dès lors qu'il découle d'un diagnostic précis, il permet une intervention ciblée sur les symptômes<sup>13</sup> qui ont justifié la prescription et est susceptible de les endiguer, suivant des délais variables mais potentiellement courts. Les « ratés » thérapeutiques sont légion et les ajustements en matière de substances et de dosages presque inévitables ; pour autant, les médicaments s'inscrivent dans une stratégie thérapeutique à court terme, mais dans une acception positive. La psychanalyse et les psychothérapies, quant à elles, se portent vers une tout autre temporalité : dans le meilleur des cas agissent-elles à moyen terme, dans les moins bons à très long terme. Elles traduisent un travail réflexif de longue haleine, supposant l'engagement du sujet dans la dynamique thérapeutique, en termes de temps, d'énergie, parfois de finances — plus particulièrement la psychanalyse, qui sur ce dernier aspect pécuniaire, ne peut faire l'objet que d'un remboursement partiel de la part de la Sécurité sociale, et à condition que le praticien soit également psychiatre, donc médecin.

En agissant directement sur les dimensions biochimique et énergétique des sujets, les médicaments psychotropes et leur prescripteur s'écartent d'un travail sur l'épaisseur biographique et les rouages existentiels qui ont pu susciter un état pathologique. Ils font par certains égards l'économie d'une stratégie d'intervention « *à long terme* » et « *en profondeur* » (Collin *et al.*, 2006 : 6), pour le meilleur et pour le pire. Et par-delà la complexité des effets proprement

---

<sup>13</sup> On parle d'ailleurs de « symptômes-cibles »

psychologiques de l'absorption d'un médicament<sup>14</sup>, les psychotropes *peuvent* ne requérir ni l'adhésion du sujet traité pour induire un effet — quel qu'il soit —, ni la moindre velléité de « guérison » ou de changement de la part d'un patient-consommateur. On ne saurait en dire autant des cliniques de l'écoute, supposant l'intention et la coopération de celui ou celle qui en formule la demande. Et quand bien même il y aurait injonction institutionnelle — judiciaire, professionnelle, familiale — à entamer un tel parcours de soins psychologiques au-delà des intentions premières du patient, la participation du sujet au projet thérapeutique ainsi entamé demeure une exigence.

Dans son ouvrage *Les malheurs des psys* (2006), Philippe Pignarre décrit le déploiement de la pharmacopée psychiatrique comme celui d'une « machine », dépeuplée des humains qui l'ont conçue ; un automate toujours plus robuste et imperturbable, et constituant à lui-même sa propre fin :

« Comment travaille la “machine” ? Elle est très modeste au départ. Elle n'a pas de prétention. Elle se présente seulement comme un outil supplémentaire au service des professionnels. Elle veut seulement aider... Elle n'a aucune envie de monter sur scène pour montrer ses muscles. Elle ne sait pas rire, donc elle ne se moque de personne. Elle est respectueuse et, à chaque fois qu'un intermédiaire parle en son nom, il précise que son action doit être complétée par une “psychothérapie”. Pas question de se fâcher avec quiconque. Pendant que les lacaniens occupent la scène publique, chantent et dansent, elle travaille en sous-sol sans que personne ne s'intéresse trop à ses manières de faire, à ses ambitions. On ne s'apercevra de son omnipotence que lorsqu'elle aura réorganisé non seulement la psychiatrie asilaire, mais également la psychiatrie de ville et plus récemment la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. » (Pignarre, 2006 : 7-8)

Certes, la « machine » n'est pas parvenue à écraser ses concurrents et s'est parfois trouvée malmenée. Si la psychiatrie biologique a connu des heures de gloire, elle a également subi des déboires auxquels le courant psychanalytique n'est pas étranger. La « génération de 68 », notamment, a formulé d'acribes critiques et a su les faire entendre, au sujet d'une organisation psychiatrique vécue comme autoritaire et exclusivement répressive. Le mouvement de l'antipsychiatrie fut l'un des premiers à vilipender les traitements psychiatriques en vigueur depuis près de deux siècles — médicaments psychotropes inclus —, n'y percevant pas tant un outillage thérapeutique qu'un ensemble de dispositifs déshumanisant les sujets qui les éprouvent. La psychanalyse a regagné quelque crédibilité en s'intégrant peu ou prou à une

---

<sup>14</sup> Nous insisterons plus particulièrement, dans une section ultérieure, sur ce que traduit « l'effet *placebo* » (se reporter notamment à la page 61)

antipsychiatrie dont les arguments visent, suivant Henry A. Nasrallah (2006 : 93-99), à assimiler la psychiatrie elle-même à un pur organe de coercition ; un organe régi par une inégale distribution des pouvoirs entre médecins et patients, elle-même étayée par des critères diagnostiques trop subjectifs.

La fin des années 1960 et le début de la décennie 70 constituent véritablement une période clé de la métamorphose psychiatrique, une rupture sans laquelle les modalités de prise en charge des pathologies mentales auraient pu connaître un tout autre destin. La psychanalyse est une cheville ouvrière majeure de ce mouvement, et perçue comme la plus grande et noble alternative à l'indéfendable condition asilaire. Il y a un « avant-68 » et un « après-68 » en la matière, les contestations ayant fait émerger de nouveaux « *chemins de pensée au fil desquels les convictions et les questions reçues en partage par une génération qui croyait à sa génération se sont déployées, transformées, renouvelées* » (Swain, 1994 : XI). Ce succès psychanalytique, éphémère, garantira *in fine* le grand retour d'une médecine mentale instruite de ses propres erreurs et se promettant de faire preuve, à l'avenir, d'une vigilance accrue.

C'est donc bien plutôt en reculant d'un pas, en s'astreignant à une hypermétropie méthodologique, que l'étendue des conquêtes de la psychiatrie médicale et objectiviste révèlent tout leur éclat. Une histoire longue et erratique, faite d'avancées et de trêves, d'erreurs et de régressions, dont les pratiques contemporaines et leur réglementation confirmeraient tacitement la fécondité.

### ▪ Rationalisation des pratiques et crise de la « médecine spéciale »

Les cinq dernières décennies ont été celles d'une rénovation institutionnelle de l'hôpital — au sens le plus large du terme —, encore inachevée, dont la psychiatrie présente elle aussi les effets. La diversification des modes de prise en charge et d'accompagnement des sujets de pathologies mentales s'intègre dans cette vaste dynamique. Les dispositifs sectoriels promeuvent un « travail d'équipe » au sein duquel les divers intervenants requièrent l'aval de leurs confrères, et ce dès lors qu'un dispositif thérapeutique est envisagé. Les mesures en vigueur depuis les années 1970 obligent ainsi le secteur à « *dépendre des services psychiatriques hospitalo-universitaires dans le cadre des CHU* », et les psychiatres du cadre, non universitaires, à « *dépendr[e] des professeurs de psychiatrie* » (Ehrenberg & Lovell, 2001). Ce phénomène aurait produit « *un double mouvement de réhospitalisation vers l'hôpital général et de déshospitalisation vers les institutions*

*ouvertes* » (Massé, 2006 : 293). La codification mouvante du fonctionnement des centres hospitalo-universitaires (CHU) ne manque donc pas d'influer sur la réglementation des hôpitaux psychiatriques, et *vice-versa*. Dans un contexte de compression des budgets alloués dans le champ de la santé publique, les objectifs de rationalisation et de rentabilité des pratiques de soin s'orientent prioritairement vers les aménagements thérapeutiques dont les effets sont les plus immédiatement observables, quantifiables et donc budgétés.

Depuis quelques années déjà, les équipes soignantes elles-mêmes dénoncent la situation de crise que traverse une institution psychiatrique qui ne parvient plus ou qui peine à accomplir la mission de santé publique qui lui incombe. L'insuffisance des ressources allouées — humaines, infrastructurelles, et bien sûr financières — aboutirait à des pratiques anti-thérapeutiques, contrevenant elle-même à un principe de continuité des soins que Robert Castel définissait comme « *une prise en charge complète et un traitement en profondeur de la clientèle* », certes irréductible aux « *interventions plus ponctuelles et plus techniques d'une médecine qui s'attaque de préférence aux états aigus* » (Castel, 1981 : 76) Et c'est tout particulièrement dans les hôpitaux que les modes de prise en charge psychiatrique, en dépit de moyens suffisants, ne parviendraient à accomplir la plénitude de leur tâche. Une telle conjoncture renforce, *de facto*, le malaise des soignants, ainsi que la dégradation constante de leurs conditions de travail. Les conditions d'internement se détériorant progressivement font l'objet d'une médiatisation croissante, par voie de presse et les patients eux-mêmes, tandis que des rapports institutionnels, chargés de contrôler les procédés thérapeutiques de « lieux protégés », confirment la légitimité de ces critiques. Nous citerons, à ce titre, le rapport publié en mai 2016 par Adeline Hazan, contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), et dont la revue *Sciences et Avenir* livre les principales conclusions<sup>15</sup>.

A. Hazan insiste tout particulièrement sur deux achoppements signalant, chacun à leur manière, le recours immodéré à des pratiques anciennes et attentatoires aux droits des malades dans les établissements psychiatriques. Le premier est celui du retour en force, depuis une vingtaine d'années, du placement des patients en « isolement<sup>o</sup> »<sup>16</sup> et de la « contention mécanique<sup>o</sup> », c'est-à-dire de l'immobilisation d'un sujet par des liens, des attaches ou des camisoles. L'auteure y reconnaît « *un indicateur de la dégradation de la prise en charge médicale des malades* » — d'autant qu'« *aucune étude ne prouve l'efficacité thérapeutique de ces mesures* » — imputable

---

<sup>15</sup> Cf. Simon C./AFP, « Maladie mentale : un rapport qui dénonce les pratiques d'hôpitaux psychiatriques », *Sciences et Avenir*, 25/05/2016 ([http://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/maladie-mentale-un-rapport-denonce-les-pratiques-d-hopitaux-psychiatriques\\_104419](http://www.sciencesetavenir.fr/sante/cerveau-et-psy/maladie-mentale-un-rapport-denonce-les-pratiques-d-hopitaux-psychiatriques_104419))

<sup>16</sup> Le placement d'un patient en « Chambre de soins intensifs » (CSI) correspond à sa réclusion dans un espace réduit, qu'il occupe seul et dont il ne peut pas s'extraire

à « *une réduction des effectifs* », « *la présence insuffisante des médecins* », « *une évolution de l'approche psychopathologique* » et « *un manque de réflexion d'ensemble sur la liberté de circulation des patients* ». Ses recommandations sont sans appel : tout devrait être mis en œuvre pour apaiser la personne en situation de crise avec des approches alternatives à la contrainte physique, et un examen psychiatrique préalable impérativement réalisé afin que les conditions d'hospitalisation des patients soient « *adapté[s], nécessaire[s] et proportionné[s]* ». Bien que dénonçant cet état de fait et validant aussi quelques réussites, il convient de préciser les limites d'un tel rapport, dans la mesure où le contrôleur général des lieux de privation de liberté ne dispose d'autre pouvoir que celui d'informer les instances de l'État et de la société civile. Son avis demeure consultatif, et il peut émettre des propositions, sans pour autant que des actes aient nécessairement à s'en suivre.

Pour illustrer notre propos, nous avons assisté à un « Forum Psy » à Rouen (Seine-Maritime) en janvier 2017, coordonné par l'antenne normande de l'Association Cause Freudienne (ACF), l'Athénée Psychanalytique d'Orientation Lacanienne et l'Antenne Clinique UFORCA-Rouen. Les intervenants — médecins, psychologues, infirmiers, et d'autres professionnels du secteur médical et médico-social — y déploraient un mode de réglementation de leurs pratiques paralysant le fonctionnement de l'institution psychiatrique tout entier. Les règles qui y sont imposées n'autorisent plus la moindre initiative, ni même l'accomplissement de la mission thérapeutique inhérente à la prise en charge et l'accompagnement des sujets souffrants. Les soins s'y voient menacés depuis une vingtaine d'années, aux dires des intervenants de ce forum, par l'injonction faite aux professionnels de proposer une « *offre de santé* », envisagée à l'aune d'arguments gestionnaires et technocratiques discordants à l'égard de la déontologie médicale et de l'éthique professionnelle : une « *santé sans soins* ».

Présente ce jour-là, la psychanalyste Marie-Hélène Doguet-Dziomba, responsable de l'association Cause Freudienne en Normandie, y formulait le constat d'une « *désinstitutionnalisation] du soin à marche forcée* » qui oblige les professionnels à « *balayer le réel du symptôme* » et à « *rejeter l'inconscient* » : des principes inconciliables avec une approche de la souffrance psychique, alors qu'elle rappelait — car elle y tient — la nécessité « *l'efficacité de la parole dans la relation soignante* ». La tendance à la dégradation des conditions de possibilité du travail des soignants dans les institutions de soin en psychiatrie se répercute sur la qualité de « *l'accueil de ce qui cloche* », déclare-t-elle ; et ceci, à rebours, alimente le processus de dislocation et de pervertissement du discours médical. L'« *hôpital-entreprise* », tel que la psychanalyste le qualifie, et à l'instar d'établissements privés tributaires de leur rentabilité comptable, industrialise ses

services « à la chaîne » et se munit d'« objectifs chiffrés » déstabilisant un personnel soignant dès lors « interchangeable, précarisé et isolé ».

Ainsi qu'il en est des dispositifs sanitaires propres aux centres hospitalo-universitaires, toute pratique déployée dans un hôpital psychiatrique se limiterait donc impérativement à ce dont on peut quantifier, mesurer la dépense et les effets. Les transformations de la gouvernance hospitalière, et tout particulièrement sous l'effet de la loi HPST<sup>17</sup> de 2009, ont littéralement institutionnalisé le management d'entreprise à l'hôpital, et gravement réduit l'éventualité d'un contre-pouvoir médical vis-à-vis du pouvoir administratif. Les pratiques des médecins sont théoriquement régies par leur éthique, l'édifice déontologique, et les instances administratives quant à elles très attachées aux logiques de rendement — et à plus forte raison depuis la promulgation de cette loi. Par ailleurs, les structures extrahospitalières de prise en charge et d'accompagnement censées concrétiser les politiques de sectorisation n'ont pas obtenu le soutien financier nécessaire à leur pérennisation ; la fermeture de nombreux centres médico-psychologiques et hôpitaux de jour témoigne de la résurgence d'un repli hospitalo-centré des logiques de soin, contribuant lui-même à réduire la mission des hôpitaux — soumis à cette même misère de moyens — à la gestion exclusive de situations d'urgence, de prise en charge d'états de détresse aigus.

Au sein des hôpitaux, en effet, la conséquence majeure des politiques publiques d'austérité des gouvernements successifs n'est autre que la réduction des moyens humains, et ce parmi toutes les catégories professionnelles hospitalières ; une réduction des effectifs soignants entraînant un épuisement professionnel. Le médecin-psychiatre Fethi Brétel, rencontré lui aussi au Forum rouennais, mentionnait le conflit éthique « mortifère » animant des professionnels de moins en moins disponibles. Les infirmiers, en première instance, n'ont plus le temps d'échanger avec leurs patients, les directives de santé publique les contraignant à consacrer la majeure partie de leur temps de travail à d'autres tâches chronophages et coûteuses en énergie : le décompte et le traçage des activités des personnes hospitalisées notamment. Un constat rejoignant celui de Jean-Pierre Claveranne, qui souligne une incohérence entre la dynamique thérapeutique et les logiques gestionnaires désormais imposées : « la comptabilité analytique, quand elle existe, [ne serait] que peu souvent mise en perspective avec l'analyse

---

<sup>17</sup> La loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoires), promulguée le 21 juillet 2009, découle de la Révision générale des politiques publiques (RGPP) et peut être synthétisée par quatre grandes thématiques : la modernisation des établissements de santé, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique, et l'organisation territoriale du système de santé (cf. <http://www.federationaddiction.fr/la-loi-hpst-hopitalpatients-sante-et-territoires>)

*stratégique et le PMSI<sup>48</sup> est considéré comme une obligation administrative, alors qu'il s'agit d'un outil performant pour analyser la production de l'hôpital, aider à la définition d'un positionnement stratégique, éclairer les problèmes de régulation* » (Claveranne, 2003).

Les discours analytiques, quant à eux, ne trouvent plus leur place au sein dans un tel système. Nous citerons, à ce titre, l'amendement Accoyer de 2003, particulièrement symptomatique du décentrement de la psychothérapie au sein de la démarche psychiatrique, mais aussi des tensions, toujours plus palpables, qui agitent le paysage thérapeutique. Cet amendement au projet de loi de Santé tient son appellation du président de l'Assemblée nationale de 2007 à 2012, et vise une réglementation juridique des psychothérapies proscrivant *in fine* leur recours à des usagers ne relevant pas, à proprement parler, la psychopathologie. Bernard Brusset (2004 : 33-34), témoignant de la « *vaste levée de boucliers* » consécutive à la promulgation de cet amendement, avait alors fait état d'un soupçon généralisé et particulièrement palpable vis-à-vis des cliniques privées et des laboratoires pharmaceutiques : celui d'avoir œuvré à la disparition des psychothérapies en vue de commercialiser toujours davantage de médicaments psychotropes. Tout cela atteste bien que la médecine psychiatrique en général, et les médicaments psychotropes en particulier, sont porteurs de lourds enjeux économiques et financiers.

---

<sup>18</sup> Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été créé dès 1996 dans le but de réduire les inégalités de ressources entre établissements de santé, et fournissent des informations quantifiées et standardisées concernant les activités hospitalières



## ◆ Médicaments psychotropes et économie

La consommation de psychotropes est à la fois massive et croissante dans le monde (Cohen, 1996). Un certain nombre d'études et enquêtes attestent néanmoins d'une amplification de ce phénomène dans le contexte spécifiquement français, bien que la prévalence des troubles psychiques n'y soit pas proportionnellement supérieure à celle d'autres pays occidentaux (Demailly, 2011 : 10). Pour ne prendre qu'un exemple, les ventes d'antidépresseurs y ont été multipliées par sept en vingt ans (Amar & Balsan, 2004). L'investigation des tenants et aboutissants de tels phénomènes semble appeler à « *envisager le rôle de tous les acteurs qui interviennent dans la chaîne de santé, depuis le fabricant jusqu'au prescripteur* » (Zarifian, 1996 : 11) des substances pharmacologiques pourvoyant aux pratiques psychiatriques en général. Et en se référant à la manière dont Salvador Juan (1986, 2015) définit le pouvoir technocratique, certaines des logiques empruntées par les grands appareils pharmaceutiques laisseraient entendre que ces industries, bien que promouvant supposément la vie et la santé, se « technocratiseraient ».

### ▪ De la puissance de la recherche scientifique et technique dans le domaine des psychotropes

Pour Salvador Juan, la technocratie désigne le règne des grandes organisations réticulées, intégrées verticalement et horizontalement. Ces organisations fondent et programment leur développement sur la recherche scientifique et technique. Sur le plan infrastructurel, les appareils pharmaceutiques constituent bel et bien des réseaux concrets d'organisations employant des masses considérables de salariés. Si leurs dirigeants sont moins souvent issus de très grandes écoles — École Polytechnique, des Mines, des Ponts et Chaussées... — et donc moins susceptibles de « pantoufler »<sup>19</sup> que ce ne peut être le cas dans d'autres secteurs de l'industrie, exercer l'analyse des traits saillants du pouvoir technocratique dans les firmes commercialisant des médicaments psychotropes semble tout de même des plus pertinents, d'un point de vue sociologique.

---

<sup>19</sup> Les analyses de Salvador Juan (1986) placent effectivement le « pantouflage » au cœur des logiques technocratiques. Ce terme désigne — plutôt familièrement — le fait qu'un haut fonctionnaire rembourse l'État des rémunérations perçues durant son cursus d'études, dès lors qu'il quitte la fonction publique pour le secteur privé, et la « pantoufle » la somme d'argent destinée à ce remboursement

Le secteur pharmaceutique en général est tout particulièrement attaché à la recherche-développement (R&D) : la recherche, les études et les expérimentations scientifiques y sont exercées en vue de perfectionner des produits existants ou bien d'en créer de nouveaux. En France, la mise au point des molécules « curatives » est principalement menée dans le cadre de la recherche publique. Ce n'est que postérieurement que les firmes pharmaceutiques sont susceptibles d'acquérir le fruit de ces recherches et de les tester et les exploiter en vue d'une mise sur le marché (Bourdier & Bonnel). C'est pourquoi les financements dont peuvent bénéficier les équipes de recherche demeurent largement tributaires du profit généré par la vente de brevets aux firmes pharmaceutiques, d'où la soumission de la recherche à des logiques de type capitaliste, productiviste et donc relativement courttermiste.

La minimisation des délais de recherche induite par l'interpénétration des entreprises privées dans la mise au point des médicaments est ainsi susceptible de revêtir différents aspects délétères voire funestes. Des essais cliniques avortés ont en effet pu déboucher sur la commercialisation de médicaments *in fine* attentatoires aux conditions de vie des patients, parfois à leur vie tout court, et les scandales sanitaires de ce type ont été nombreux durant ces vingt ou trente dernières années. Par exemple, pour promouvoir le succès de leurs phases de test, certains antidépresseurs ne sont expérimentés que sur des sujets n'ayant jamais commis de tentative de suicide, ni même n'en ayant eu l'idée, et dont l'état de santé ne nécessite pas une hospitalisation (Zarifian, 1996) : des critères donc bien réducteurs. La santé publique, à la lumière de ce seul exemple, n'est donc pas tout à fait hermétique aux logiques et impératifs du secteur privé, encore moins lorsqu'il s'agit de mettre au point et de développer des produits médicamenteux.

De surcroît, les profits générés par la vente de médicaments psychotropes sont d'une ampleur considérable. Suivant les chiffres fournis par un article rédigé par quatre universitaires américaines en 2006 (Cosgrove *et al.*, 2006 : 159), le marché des antipsychotiques a été reconnu comme l'un des plus rentables dans le champ pharmaceutique, avec 8,5 milliards de dollars américains de recettes en 2002 et un bilan prévisionnel d'environ 18,2 milliards des mêmes dollars pour l'année 2007. Selon les mêmes sources, les antidépresseurs constituaient, parmi toutes les classes médicamenteuses présentes sur le marché, la quatrième source de revenus la plus importante des firmes concernées en 2004, et les ventes de l'antidépresseur Effexor® — dont la molécule constitutive est la venlafaxine — auraient généré 3,7 milliards de dollars durant la même année, à elles seules.

Les autorités sanitaires dépendantes de l'État font partie intégrante des acteurs du système de santé qui interviennent dans la mise en circulation des médicaments psychotropes, tout particulièrement par le biais de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM<sup>20</sup>). La revue *Prescrire*, en 1996, en était déjà venue à questionner l'objectivité d'une Agence reconnue pour son opacité : « *L'Agence est-elle un organisme de relais des intérêts industriels ou bien un instrument national d'optimisation de la santé publique ?* »<sup>21</sup>. La description des rouages de l'ANSM, notamment de ses commissions spécialisées, permet de retracer les différentes étapes par lesquelles un médicament mis au point dans un centre de recherche finit par être médicalement prescrit, sous la responsabilité de l'Etat (Zarifian, 1996 : 11). En 1995, le psychiatre Édouard Zarifian (1941 – 2007) avait ainsi été chargé de rédiger un rapport sur la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France, sous l'égide de Simone Veil (1927 – 2017) alors ministre chargée des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, et de Philippe Douste-Blazy, ministre délégué à la Santé (Lenglet & Topuz, 1998 : 54).

Dans ce rapport, E. Zarifian soulignait la double fonction circulaire des industries de psychotropes : certains experts sont « *à la fois conseillers des pouvoirs publics sur des dossiers de médicaments et consultants de l'industrie pour les mêmes médicaments ou les mêmes classes thérapeutiques* » (Zarifian, 1996 : 14). L'industrie introduit donc des substances médicamenteuses sur le marché pharmaceutique et se charge elle-même de leur évaluation : « *Pratiquement toutes les études cliniques, épidémiologiques et médico-économiques sont suscitées, financées et exploitées au plan statistique de manière autonome par l'industrie ou par des sous-traitants qu'elle rémunère* » (*ibid.*). De surcroît, celles et ceux qui fournissent les données épidémiologiques, et travaillant pour ces mêmes laboratoires, identifient des marchés de troubles alors inexistantes mais susceptibles d'être couverts, à l'avenir, par des traitements pharmaceutiques. La société nord-américaine Cognos — filiale de la multinationale IBM, spécialisée dans le domaine informatique —, par exemple, aurait ainsi favorisé la médicalisation de problèmes sociaux ou existentiels auparavant exclus du champ psychiatrique (Lenglet & Topuz, 1998 : 56). Et le lien de financement unissant l'industrie pharmaceutique à l'*Association américaine de psychiatrie* — avec toute l'influence sur la psychiatrie mondiale que l'on lui connaît —, le *Collège international de neuropsychopharmacologie* ou encore l'*Association mondiale de psychiatrie biologique*, ne semble laisser guère de place à des débats autres

---

<sup>20</sup> Agence créée par la loi du 29 décembre 2009, relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé. L'ANSM assume deux missions principales : offrir un accès équitable à l'innovation pour tous les patients, et garantir la sécurité des produits de santé tout au long de leur cycle de vie, depuis les essais initiaux jusqu'à la surveillance après autorisation de mise sur le marché (cf. [http://ansm.sante.fr/L-ANSM/Une-agence-d-expertise/L-ANSM-agence-d-evaluation-d-expertise-et-de-decision/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/L-ANSM/Une-agence-d-expertise/L-ANSM-agence-d-evaluation-d-expertise-et-de-decision/(offset)/0))

<sup>21</sup> Revue *Prescrire*, tome 16, n° 158, 1996, p. 70

que consensuels lors de congrès ou de colloques internationaux. Ceux qui les organisent financeraient indirectement leur statut de leaders d'opinion, l'exclusive légitimité des arguments qu'ils expriment et défendent.

En termes de pharmacovigilance<sup>22</sup>, l'industrie pharmaceutique bénéficie d'« *une véritable zone d'obscurité qui lui permet d'être la seule référence en la matière et de ne pas avoir à mentionner les effets indésirables qui pourraient recueillir et officialiser les autorités* » (*ibid.* : 51). En France, les experts chargés de fournir l'évaluation de certains médicaments psychotropes au sein de l'ANSM<sup>o</sup> occupent très généralement la fonction principale d'académiciens hospitalo-universitaires ; une situation pouvant les conduire à figurer dans plusieurs commissions à la fois, quand il ne s'agit pas de la totalité de ces comités. Ces éléments nous invitent à interroger l'indépendance des experts chargés d'émettre leur avis. Certes, ils sont nommés au sein des commissions sur la base de compétences, mais ces mêmes compétences impliquent précisément, dans bien des cas, des liens plus ou moins étroits avec l'industrie pharmaceutique (Zarifian, 1996 : 72). Cette industrie sait se taire à ce sujet, et quand elle ne fait pas la sourde oreille aux critiques qui lui sont adressées, la plupart des rapports officiels émanant de ses propres services de communication donnent généralement lieu à des recommandations de bon sens plutôt qu'à de véritables révisions des protocoles d'action. Parfois y est-il prosaïquement suggéré à quel point il est nécessaire de former les médecins à des méthodes d'écoute pouvant éventuellement se substituer à la médication, sans trop envisager les moyens d'un tel dispositif de formation (Lenglet & Topuz, 1998 : 53).

L'exemple du puissant somnifère Halcion<sup>®</sup>, ancien produit phare du laboratoire Upjohn, témoigne des conflits d'intérêts inhérents aux médicaments psychotropes, et de la rareté relative des signalements qui contraignent l'industrie pharmaceutique à revoir les principes de traitements déjà présents sur le marché. L'Halcion<sup>®</sup> a dû être retiré des ventes aux États-Unis et dans divers pays d'Europe de manière successive — en 1991 en France — après le combat acharné du psychiatre néerlandais Cees van der Kroef (Gabe, 1997 : 302). Celui-ci avait constaté de graves effets secondaires liés à ce médicament, notamment en termes de dépersonnalisation des patients. Le laboratoire concerné avait d'ailleurs eu à répondre en justice aux requêtes de dédommagements d'un nombre non négligeable de consommateurs ayant commis des crimes tout à fait insolites sous l'emprise de l'Halcion<sup>®</sup>, et certains accusés

---

<sup>22</sup> La pharmacovigilance désigne « *la surveillance des médicaments et la prévention du risque d'effet indésirable résultant de leur utilisation, que ce risque soit potentiel ou avéré* » ([http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacovigilance/Organisation-de-la-pharmacovigilance-nationale/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacovigilance/Organisation-de-la-pharmacovigilance-nationale/(offset)/0))

auraient même été acquittés et dédommagés : le traitement qui leur avait été prescrit s'était avéré proprement aliénant et criminogène (Zarifian, 1996).

En ce qui concerne le lien de causalité à établir entre un symptôme psychiatrique et les traitements médicamenteux envisagés pour l'endiguer, il est pertinent de se reporter à la configuration nord-américaine. Avant-gardiste en la matière, elle participe effectivement à la compréhension du cas de la France et d'autres pays d'Europe occidentale. La psychiatrie outre-Atlantique semble certes offrir un contexte plus profondément technocratisé que celui dont disposent ses homologues européens, mais eu égard à l'hégémonie de la psychiatrie américaine à travers le monde<sup>23</sup>, il n'est pas excessif de considérer le modèle américain comme un aperçu de ce que les dispositifs seront en France, dans un avenir proche. La relative décomplexion américaine en la matière laisse à penser que les mêmes enjeux se nouent en France sans bénéficier, pour le moment, de la même médiatisation. L'un des traits les plus saillants en est l'hypermédicalisation, certes lucrative pour les firmes pharmaceutiques.

Barbara Mintzes, une étudiante australienne en épidémiologie, avait déjà constaté l'excès de prescription de médicaments psychotropes aux États-Unis et au Canada, dans les années 1990. La Ritaline® a tout particulièrement stimulé sa curiosité scientifique : installée au Canada en 1996, elle avait remarqué que de très nombreux enfants de son entourage consommaient quotidiennement ce psychostimulant amphétaminique, pour des « troubles de l'attention » (Lenglet & Topuz, 1998 : 57-58). Au fil de ses investigations, elle a découvert que ce traitement était la plupart du temps suggéré par les établissements scolaires des enfants concernés :

« En fait, il ne s'agit que d'enfants un peu bruyants et pas spécialement intéressés à la vie scolaire [...]. Ces médicaments servent uniquement à faciliter la vie des adultes et à maintenir l'ordre dans les classes. Personne ne s'interroge vraiment sur les causes du comportement de ces enfants, alors qu'on devrait simplement chercher avec eux des solutions comme le ferait n'importe quel psychologue en Europe. [...] Je crains que vous connaissiez les mêmes abus prochainement [parlant du contexte français]. »<sup>24</sup>

Les critères de définition des « troubles de l'attention de l'enfant avec hyperactivité » constituent l'un des plus explicites exemples de « *la bataille commerciale que livrent les laboratoires*

---

<sup>23</sup> Notamment du fait de la puissance de l'*American Psychiatric Association* (APA), pilotant entre autres la rédaction et les rééditions successives du *Manuel diagnostique des troubles mentaux* (DSM), servant de grille d'analyse à la psychiatrie mondiale

<sup>24</sup> Extrait d'un entretien réalisé le 25 mai 1998 avec Roger Lenglet et Bernard Topuz (*opus cité*)

*pharmaceutiques sous couvert de divergences scientifiques* » (*ibid.*). En associant un très grand nombre de « symptômes » à l'hyperactivité pathologique — y compris lorsque l'on pourrait n'y voir que des caractéristiques infantiles plus banales, comme la difficulté à rester statique trop longtemps —, les catégorisations américaines ont potentialisé le diagnostic de sujets toujours plus nombreux, et ainsi offert de considérables débouchés aux firmes pharmaceutiques, bien que s'écartant des standards de définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Parmi ces éléments transparaît le phénomène économique de « *filière inversée* » décrit par John K. Galbraith (1908 – 2006), c'est-à-dire une production de la demande vouée à obtenir l'adhésion de la population à des dispositifs *in fine* programmés (1989 [1967]).

La logique d'association de psychotropes à différents types de comportements ou d'émotions jadis ou ailleurs considérés comme banals a parfois été poussée à de telles extrémités qu'elle a pu en devenir burlesque. Citons, à ce titre, le syndrome de « l'agressivité au volant », dont le *New York Times* avait annoncé en 1997<sup>25</sup> l'hypothétique reconnaissance officielle dans le *Manuel diagnostique des troubles mentaux* (DSM<sup>o</sup>) — avec traitement médicamenteux associé. Un syndrome perçu comme un véritable « *fléau* » par le psychiatre américain Arnold Nerenberg : selon ses analyses, « *la moitié des Américains sont atteints de ce trouble à un moment ou un autre de leur existence* ». D'autres traits de comportement ont pu faire l'objet de projets de consécration dans ledit DSM, et donc de prescriptions médicamenteuses : « *le “trouble du stress de la loterie” (traumatisme lié à la déception d'avoir eu un ticket perdant), le “trouble du juré” (problème psychosomatique après avoir été membre d'un jury), le “trouble dépressif prémenstruel” (stress de la femme avant ses règles)* » (Lenglet & Topuz, 1998 : 58). Néanmoins, certains médias sont susceptibles de dénoncer la manière dont les firmes pharmaceutiques proposeraient des médicaments pour chacune de nos émotions les plus quotidiennes. Ainsi, en mars 1998, le *Journal officiel français* publiait la condamnation de la publicité française pour un tranquillisant, l'Atarax<sup>®</sup> — du laboratoire belge UCB Pharma —, accompagnée du commentaire suivant : « *Le départ des enfants en classe de neige est présenté comme une situation anxiogène alors que cette situation de la vie courante ne justifie pas la prescription d'un psychotrope* » (Zarifian, 1996).

---

<sup>25</sup> Reproduit par *Courrier International*, n° 371, 11-17 décembre 1997, pp. 8-9

▪ **L'industrie pharmaceutique et ses « technologies socioculturelles de domination »**

Au-delà de la description de l'infrastructure puissamment développée par les laboratoires et firmes pharmaceutiques, il convient d'évoquer les traits saillants d'une superstructure laissant présager une véritable technocratisation du domaine de la santé mentale. Appréhender un appareil technocratique induit que celui-ci soit observé et décrit par le *haut* et par le *bas*, ainsi que le rappelle Salvador Juan (1986). Le cas des firmes commercialisant des traitements psychotropes illustre bien les voies de développement de telles entreprises : sur le plan superstructurel, celui d'un imaginaire scientifique et productiviste, légitimé par l'appel à l'intérêt général et précédant les formes concrètes qui matérialisent une telle idéologie. D'où l'intérêt d'en analyser les « *technologies socioculturelles de domination* » (Juan, 1986), ici celles que les firmes pharmaceutiques déploient dans le domaine circonscrit de la psychiatrie.

Le champ de la santé mentale semble se convertir, depuis une vingtaine d'années, en véritable préoccupation d'ordre public : les politiques sociales vouées à endiguer les conséquences du handicap psychique en constitue un indice. Le développement de logiques sécuritaires vis-à-vis des « malades mentaux dangereux » en est un autre pendant, à de nombreux égards bien plus discriminant que ce que laisserait supposer le simple concept de « thérapie ». Nous songeons notamment à la véritable levée de boucliers de soignants et de personnels médicaux, consécutive à l'allocution de N. Sarkozy au sein de l'hôpital psychiatrique d'Antony (Hauts-de-Seine) en 2008. Le Président de la République, interpellé par la perpétration d'un crime par un reclus en fugue, avait requis le fichage desdits « malades mentaux dangereux » et l'imposition, à leur égard, de bracelets électroniques. Les praticiens en santé mentale y avaient perçu une substitution de leur rôle soignant par celui d'agent judiciaire, de juge d'application des peines : une invitation contrainte à rompre avec le principe élémentaire du secret médical (Durand, 2011). Ces dispositifs de contrôle social ont insidieusement eu vocation à concevoir la question de la santé mentale comme un impératif socio-politique, essentiellement commandé par un souci de sûreté publique.

De même, la publication de chiffres alarmants quant à la santé psychique des Français, notamment en termes de dépression nerveuse<sup>26</sup>, invite les citoyens à se préoccuper davantage de leurs propres signes de souffrance mentale. Mais en réalité, c'est surtout à l'adresse des médecins que les industriels pharmaceutiques semblent élaborer leurs communications des

<sup>26</sup> <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/SH-depression.pdf>

plus alarmistes, dans le but d'accroître les prescriptions médicales et, par suite, les ventes de médicaments. Certaines informations circulent ainsi dans la presse quotidienne et médicale, comme en témoignait Édouard Zarifian dans son rapport :

« Des notions fausses, mais qui inquiètent le médecin et visent à banaliser et à intensifier la prescription d'antidépresseurs, sont régulièrement diffusées et entretenues : "50% à 70% des suicides sont dus à des dépressions non traitées." "La maladie dépressive évolue inéluctablement vers des rechutes, des récives et la chronicité en l'absence de traitement prolongé." "La dysthymie (personnalité au tempérament triste) doit être traitée à vie, si possible par un inhibiteur de la capture de la sérotonine." [...] En somme, des experts maquillent la vérité. Dans quel but ? Pour faire vendre plus de pilules ? Force est de constater, en tout cas, qu'ils n'hésitent pas à culpabiliser les médecins en leur faisant croire que la montée des suicides en France est liée au fait qu'ils ne prescrivent pas assez d'antidépresseurs. » (Lenglet & Topuz, 1998 : 54-55)

Une culpabilisation d'autant plus malsaine que les troubles de la dépression ne sont pas les seuls motifs de suicide. Les laboratoires pharmaceutiques ne s'appesantissent guère sur les facteurs sociaux, tels que la détresse, susceptibles d'induire des suicides et sans qu'aucun traitement médicamenteux psychotrope ne puisse en atténuer la lourdeur. Un rapport du *Comité économique et social* de 1993 avait ainsi indiqué que seuls 3 à 4% des suicides étaient liés à des facteurs psychopathologiques (*ibid.*). De même que les approches de la souffrance psychique incompatibles avec une prescription médicamenteuse ne sont pas promues par les firmes pour non-conformité à leurs intérêts propres, elles favorisent et financent tout discours, tout projet propres à promouvoir une psychiatrie toute-biologique, un mode de pensée unique de la souffrance psychique. La démarche empruntée a pu faire preuve d'une certaine subtilité, comme ce fut le cas de l'annonce publiée par un laboratoire américain en décembre 1994, dans la revue *International Monitor* (Zarifian, 1996 : 32-33). Au-dessus du dessin d'un divan de psychanalyse y apparaissaient ces deux phrases : « *Millions of people suffer from psychiatric disorders. We don't take it lying down* ». Un jeu de mots fort malicieux, le verbe *to lie down* signifiant à la fois « laisser tomber » et « s'allonger » : il s'agissait donc à la fois d'insinuer l'inefficacité des thérapies par la parole, et bien sûr de promouvoir une psychiatrie strictement biologique et chimique, potentiellement bien plus lucrative et moins chronophage que ne peuvent l'être les psychanalyses.

L'ampleur et la puissance du lobbying<sup>27</sup> dans le champ pharmaceutique, et tout particulièrement à destination du traitement des troubles psychiques, n'est donc plus à démontrer. Mais il s'agit d'un lobbying d'un type un peu particulier, qu'Édouard Zarifian décrit

<sup>27</sup> Pierre Bardon et Thierry Libaert (2012) définissent le lobbying comme « toute activité qui consiste à procéder



comme un « *lobbying d'environnement* » : « *un véritable processus d'acculturation qui introduit dans l'esprit des médecins "des représentations de la clinique, de la pathologie elle-même et de son contexte, ainsi que du traitement, qui soient les plus favorables possible à la prescription médicamenteuse"* », qui « *enferme le corps médical dans une vision médicale de la maladie et du système de soins complètement référencée par les critères des firmes pharmaceutiques* » (Lenglet & Topuz, 1998 : 55). Dans un tel contexte, le DSM, constamment réédité et complété par des experts américains de la psychiatrie, constitue pour les praticiens le principal manuel qui structure leur approche médicale, celui qui les invite à une pensée unique et parfois réductrice de la souffrance psychique : un mode de pensée biologisant associant la pathologie à un dysfonctionnement du système nerveux central dont seule la neurochimie pourrait tenter de combler les lacunes ou d'expurger les trop-pleins.

Les messages désormais véhiculés par les publicitaires liés à l'industrie pharmaceutique et psychotrope ne semblent plus avoir de point commun avec l'argumentaire classique et traditionnellement relayé (Zarifian, 1996 : 27-28). En effet, vanter l'efficacité thérapeutique des substances mises sur le marché dans une indication médicale bien particulière, ou encore la bonne tolérance dont auraient pu témoigner les premiers bénéficiaires d'un médicament, ne sont plus des arguments de vente suffisants pour assurer le succès d'une marchandise chimique. Ce n'est donc pas la rationalité des consommateurs et des prescripteurs que les agents de marketing chercheraient à cibler, mais leur sensibilité, leurs émotions. La plupart des supports promouvant tel ou tel médicament psychotrope mettent en scène des situations de la vie quotidienne, des promesses de bien-être et de bonheur qui finalement ne sauraient être liées à une quelconque indication chimique. Une fois de plus, E. Zarifian éclaire ce phénomène dans son précieux rapport :

« Les images et les slogans relatifs aux psychotropes montrent de plus en plus souvent des êtres humains en situation de difficulté existentielle tels que les généralistes peuvent les rencontrer dans leur cabinet de consultation. L'image d'un jeune couple qui s'enlace fougueusement avec en sous-titre "revivre l'émotion" n'est pas une indication du Vidal. Certes, le médicament dont on vante ici les mérites est le plus efficace des antidépresseurs, à tout le moins un antidépresseur de référence, mais "revivre l'émotion" n'est qu'une conséquence parmi d'autres de la guérison d'un état dépressif, c'est-à-dire le retour à un état antérieur. On ne développe plus la relation entre un diagnostic clinique et une stratégie thérapeutique, mais entre un symptôme, une émotion, un comportement et un médicament. » (Zarifian, 1996 : 28)

---

*à des interventions destinées à influencer directement ou indirectement les processus d'élaboration, d'application ou d'interprétation des mesures législatives, normes, règlements et, plus généralement, de toute intervention ou décision des pouvoirs publics »*

D'autres techniques, liées au lobbying d'environnement, sont développées dans le contexte de la mise sur le marché de médicaments psychotropes. L'une d'entre elles, au fondement du marketing direct, vise à une éducation directe du public, par voie suggestive, afin qu'il se reconnaisse dans des grilles modélisées de malades, puis prenne indirectement connaissance des symptômes enseignés aux personnels médicaux au cours de leur formation universitaire (Lenglet & Topuz : 37). En suscitant l'inquiétude du public et dans l'espoir qu'il en vienne à formuler une demande de prescription médicale, de telles tactiques publicitaires tendent à convertir les (futurs) bénéficiaires de soins en simples consommateurs de médicaments. Ils décriraient alors à leur thérapeute les symptômes précisément présentés comme pathologiques dans tel ou tel encart publicitaire ; une configuration particulièrement récurrente lorsqu'il s'agit de symptômes d'anxiété ou de dépression.

L'inversion situationnelle induite par le marketing direct — le patient souhaiterait que tel médicament lui soit prescrit plus qu'il ne consulte l'avis d'un médecin susceptible de lui proposer, ou non, un traitement adapté — contribuerait ainsi à entraver la pratique médicale, ce dont l'*American Medical Association* (AMA) a pu constater et médiatiser les effets. D'une part, les médecins perdent un temps précieux à tenter de dissuader leurs patients vis-à-vis de la demande médicamenteuse formulée, à les convaincre que la substance en question ne leur est d'aucune utilité thérapeutique. Et d'autre part, certains d'entre eux se soumettent aux requêtes de leurs patients — y compris lorsqu'ils les estiment tout à fait infondées vis-à-vis du motif de consultation — afin de promouvoir la pérennité du suivi, et donc la fidélité de la relation patient-client.

La richesse et la créativité des moyens par lesquels l'industrie pharmaceutique en est venue à transformer l'exercice contemporain de la psychiatrie publique, en France comme ailleurs, atteste bien de la prédominance de la biologisation de la psychiatrie et des troubles qu'elle est chargée de traiter. L'influence exercée par les laboratoires et entreprises privées liés aux médicaments psychotropes, la porosité public-privé dans le champ médical, le développement des industries pharmaceutiques sous-tendu par la recherche scientifique, ou encore la légitimation de l'agir pharmaceutique par l'appel à l'intérêt général, renforcent les traits les plus caractéristiques du fonctionnement technocratique et qui semblent ici se constater. La santé mentale en viendrait-elle à se délester de tout aspect humain et relationnel ? Répondre par l'affirmative traduirait une négation de la relative prise de conscience du public vis-à-vis de la réalité de la souffrance psychique, des failles et succès de la psychiatrie publique, mais aussi de la puissance croissante d'associations, de collectifs de malades ou de proches de patients, qui concourent au fil des luttes à une forme d'autonomisation des sujets,

d'*empowerment* et à une redistribution des rôles assignés à chacun dans la chaîne des soins. De même, les praticiens en psychiatrie ne succombent pas tous à la tentation d'un « tout-médicament », moins chronophage que la mise en récit réflexive de l'épaisseur biographique des sujets souffrants, ni ne vouent un culte irraisonné aux catégories du DSM, pour ne prendre que deux exemples parmi bien d'autres.

## DE LA MALADIE MENTALE À LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE : PSYCHIATRIE ET « SANTÉ MENTALE »

L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé, dès le préambule de sa constitution en 1946, comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »<sup>28</sup>. Cette définition n'a subi aucune modification depuis plus de soixante-dix ans, et est mobilisée dans la justification de toute forme d'intervention médico-sociale, dès lors que les besoins fondamentaux d'une personne — en termes affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels — ne semblent pas atteindre un niveau de satisfaction suffisant (Ferry, in Ferry *et al.*, 2010).

Ces critères de définition esquissent l'aspect juridique d'une telle satisfaction — la santé se convertit en droit, sujet à revendication —, sans épuiser, bien au contraire, son haut degré de subjectivité, d'indétermination. René Dubos (1901 - 1982) et Maya Pines définissaient, à leur tour, la santé comme « *l'état physique et mental relativement exempt de gênes et de souffrances qui permet à l'individu de fonctionner aussi longtemps que possible dans le milieu où le hasard ou le choix l'ont placé* » (Dubos & Pines, 1966). Il s'agit donc d'un ensemble d'objectifs transversaux au sein desquels maux de l'esprit et désordre, souffrance physiologiques sont tout aussi intolérables, d'un point de vue médical et social. Dès lors qu'un état individuel et/ou une situation sociale induiraient une forme de souffrance, les sujets qui les expérimentent disposeraient d'une entière légitimité à être pris en charge et et/ou accompagnés par des professionnels médico-sociaux. C'est ainsi que le périmètre d'action de la psychiatrie n'a cessé de s'étendre depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale, en traitant dorénavant de problèmes hétérogènes qui dépassent celui de la « maladie mentale », pour s'inscrire plus largement dans le champ de la « santé mentale ». Et il s'agit là d'un « *grand renversement* » (Ehrenberg, 2004a).

---

<sup>28</sup> Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin - 22 juillet 1946 ; signé par les représentants des soixante-et-un États en présence (*Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé*, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948 (cf. <http://www.who.int/suggestions/faq/fr>)

## ◆ Principes et implications sociales du « grand renversement »

Le « *grand renversement* » est une notion développée par Alain Ehrenberg pour qualifier les mutations fondamentales d'une psychiatrie d'après-guerre en voie de généralisation. Si l'on a plutôt coutume d'y voir le lent accomplissement du « désenfermement » et de l'évanouissement des murs de l'asile, ainsi qu'une désinstitutionnalisation de l'exercice de la psychiatrie, Ehrenberg voit effectivement dans ce « grand renversement » davantage qu'un mouvement d'ouverture des frontières de la pratique médicale. Il s'agit bien plutôt, selon lui, d'une évolution du pôle pathologique dans une triple direction, éminemment sociale, par laquelle la maladie mentale se subordonnerait *in fine* à la santé mentale et à la souffrance psychique. La psychiatrie serait donc désormais « *un sous-ensemble de la politique de santé mentale* » (Bauduret, 2016 : 7). Ainsi Ehrenberg caractérise-t-il les modalités de cette triple réorientation : la psychiatrie n'a plus seulement affaire à la maladie mentale, les rapports entre contrainte et consentement dans la prise en charge sont reconsidérés sous l'effet de la reconnaissance progressive du patient-usager en sujet de droits, et le concept de handicap — et ses dimensions plus sociales que proprement médicales — y est préféré à celui de maladie (Ehrenberg, 2004a : 144-148).

### ▪ La valorisation de l'accomplissement personnel et du bien-être social

Dans nos sociétés capitalistes occidentales, l'expansion des pathologies psychiques depuis une quarantaine d'années s'est opérée sur un double plan. Les taux de fréquentation de structures de prise en charge et de consultation médicales auraient atteint une ampleur inégalée et le nombre de personnes concernées aurait considérablement augmenté. Et de surcroît, le nombre croissant de « pathologies » marquerait une diversification des catégories dites « morbides » — c'est-à-dire de « maladies ». Le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM) en constitue le témoin le plus flagrant. Cet ouvrage international, dont la première édition paraît en 1952, sert de grille d'analyse et de référence descriptive aux praticiens en psychiatrie, dans l'approche de la symptomatologie psychique des patients qu'ils rencontrent. Il établit des catégories pathologiques au sein desquels le concept de « trouble » a supplanté celle de « maladie ». Émanant de recherches menées par les membres de l'Association américaine de Psychiatrie (APA), le DSM a été révisé quatre fois<sup>29</sup> et fait l'objet de nombreuses

<sup>29</sup> Le DSM-V (ou cinquième édition du DSM) a été publié en 2013 aux États-Unis, et en 2015 en France

controverses, parmi les professionnels mais aussi au sein de la société civile. L'étroitesse des liens qu'entretiennent ses rédacteurs et la sphère pharmaceutique y est particulièrement décrite. Mitchell Wilson (1914 – 1973), spécialiste de la question des classifications des pathologies mentales, insiste quant à lui sur la propension de ce manuel diagnostique à évacuer la notion d'inconscient, à marginaliser la dimension temporelle et de l'historicité de la souffrance, à nier le poids de la personnalité des sujets (Wilson, 1993 : 408).

Le nombre de catégories pathologiques décrites par les auteurs de ce manuel a subi une sensationnelle inflation au fil des éditions, démultiplication des formes du « souffrir » à l'appui : le DSM-I ne recensait « que » 60 pathologies différentes, le DSM-IV (1994) 410. Le DSM-IV est agrémenté d'une échelle d'évaluation globale de la santé mentale, une échelle dont le score maximum caractériserait *in fine* un citoyen des plus performants, un type idéal et irréalisable de perfection :

« Un niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes. » (Bercherie, 2010 : 639)

Sans bien sûr rentrer dans toute la complexité de ces classifications « à tiroir », nous nous contenterons de mobiliser un « inventaire à la Prévert » (Coupechoux, 2006 : 321) fourni par Alain Ehrenberg, celui des « nouvelles pathologies » psychiques ordinaires dans les sociétés dites libérales : « *dépression, stress post-traumatismes, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), attaques de panique, addictions s'investissant dans les objets les plus divers (l'héroïne, l'ecstasy, le cannabis, l'alcool, la nourriture, le jeu, le sexe, la consommation ou les médicaments psychotropes), anxiété généralisée (le fait d'être en permanence angoissé), impulsions suicidaires et violentes (particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes), attaques de panique, syndromes de fatigue chronique, "pathologies de l'exclusion", souffrances "psychosociales", conduites à risques, psychopathies, etc.* » (Ehrenberg, 2004a : 133).

Le dénominateur commun à cette foule pathologique bigarrée est, précisément, le réinvestissement de la signification originelle de la pathologie : le *pathos* grec renvoie à la souffrance, à la passion, aux affects. Ces troubles de la subjectivité individuelle se recadrent dans toute leur socialité dès lors que l'on en reconnaît à la fois l'essence relationnelle — il n'est de pathologie psychique que dans la relation à l'Autre, dans son altération ou son absence — et la régularité statistique — ils nous concerneraient tous peu ou prou, et suivant des temporalités variables. Cette souffrance investirait tous les aspects de la vie sociale et trouverait des réponses dans une psychiatrie plus étoffée et chargée de contribuer à la restauration du droit au bien-être : la santé mentale. De sorte que « *le centre de gravité du champ de la santé mentale se*

*déplace : ce n'est plus la psychose lourde, comme au temps de l'asile, mais le trouble et la souffrance d'individus ordinaires* » (Munck, 2004).

De nouvelles formes d'individualisme et leurs valeurs intrinsèques ne sont pas étrangères à la force d'imposition des concepts de souffrance psychique et de santé mentale dans nos sociétés contemporaines (Ehrenberg, 2004a). Ehrenberg en livre les analyses suivantes, éclairantes quant aux interrelations entre les troubles de la subjectivité individuelle et les modes d'inscription sociale :

« [...] le couple souffrance psychique-santé mentale s'est imposé dans notre vocabulaire à mesure que les valeurs de propriété de soi et de choix de sa vie, d'accomplissement personnel (quasi-droit de l'homme) et d'initiative individuelle s'ancraient dans l'opinion. C'est l'idéal d'autonomie tel qu'il s'est traduit dans la vie quotidienne de chacun. Je considère ce couple comme l'expression publique des tensions d'un type d'individu auquel on demande certes toujours de la discipline et de l'obéissance, mais surtout de l'autonomie, de la capacité à agir par lui-même. S'il est vrai que l'autonomie, "le fait d'agir de soi-même", est une caractéristique générale de l'action humaine, sur un plan sociologique on pourrait dire que la norme sociale pousse à acquérir une discipline de l'autonomie [...] L'élargissement des frontières de soi s'est accompagné de l'augmentation parallèle de la responsabilité et de l'insécurité personnelle. » (*ibid.* : 134-135)

À ce titre, les évolutions sociales du dernier quart du vingtième siècle en France ne sont pas suffisamment distinctes de celles des Etats-Unis pour que les enseignements de Christopher Lasch (1932 – 1994) ne trouvent nulle résonance en notre propos. Lasch attirait notamment l'attention sur la généralisation, à l'échelle sociale, d'une « *personnalité narcissique* » (Lasch, 1981), confirmant elle-même les analyses de Robert Castel : l'idée qu'« *une secousse culturelle est en train d'ébranler les sociétés occidentales, caractérisée par une inversion des rapports du psychologique et du social, et dont l'onde de choc est propagée par la diffusion sur tout le corps social des nouvelles technologies psychologiques* » (Castel, 1981 : 192 ; Otero, 2003 : 24). Le prix du « *retour de l'individu* » serait le réinvestissement insidieux du débat entre individu et société, des mutations régies par l'impératif de performance et d'adaptation aux attentes sociales contemporaines : « *conquérir son autonomie, se repérer dans l'existence, définir son identité sociale* » (Ehrenberg, 1991). En bref, il s'agirait de l'avènement d'un nouvel individualisme qui « *cesse de passer pour de l'égoïsme déguisé ou un bourgeois repli sur soi [et] redevient une légitime affirmation du désir d'autonomie et de singularité, de l'exigence de responsabilité, de la volonté de libre choix de sa vie privée et du goût pour l'initiative créatrice* » (Laurent, 1987 : 502).

Si l'Organisation mondiale de la Santé décrit la santé mentale comme « *un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux, et contribuer à la vie de sa communauté* » (Dissez, 2006), et que le Conseil de l'Europe la concevait, en 1999, comme ce qui « *contribue d'une manière importante à la qualité de vie, à l'insertion sociale et à la pleine participation à la vie sociale et économique* » (Coupechoux, 2006 : 322), l'on comprendra aisément que cette notion vague et plastique a en effet beaucoup à voir avec celle de l'accomplissement social. Cet accomplissement se décline à la fois comme une donnée « objective » — si tant est qu'une évaluation désincarnée de cette réussite puisse avoir un sens — et surtout comme quelque chose de beaucoup plus subjectif : son sentiment, le ressenti du sujet lui-même. Tout un chacun se voit désormais légitime à exprimer une souffrance psychique et/ou sociale, et celle-ci à être entendue, accueillie, accompagnée. Une telle extension des prérogatives en matière de santé publique présente néanmoins un revers dont la psychiatrie d'antan, celle des maladies mentales, paye le prix fort : « *le psychotique appartient dorénavant, pour le sociologie, à la catégorie plus vaste des "citoyens en difficulté" qu'il faut soutenir* » (Ehrenberg, 2004a), un changement de perspective qui « *ouvre la porte à une approche du psychotique non plus en tant que malade, mais en tant que "souffrant psychique", à l'égal de l'anxieux ou du déprimé, d'où la possibilité [...] de le renvoyer dans les bras de l'assistance sociale comme les autres* » (Coupechoux, 2006 : 330).

### ▪ **Autonomie, responsabilisation et consentement : souffrance psychique, handicap social**

Dès lors que le répertoire d'impératifs sociaux tend à s'universaliser, on assiste donc à un effacement des frontières entre le statut des sujets de pathologies mentales graves — celles dont la psychiatrie asilaire était autrefois exclusivement chargée — et celui d'un individu *lambda*, vulnérable par humanité, et susceptible de présenter une forme de pathologie psychique au cours de son existence. Il est désormais attendu des malades chroniques qu'ils s'inscrivent dans une dynamique d'autonomisation, à la fois dans leur parcours de soins et dans toutes les autres dimensions de la vie sociale : le travail, la famille, le logement etc. C'est pourquoi les psychiatres et les équipes soignantes ne suffisent plus à assurer l'intégralité des missions de santé mentale. Ils en viennent à coopérer avec des acteurs rattachés à des secteurs professionnels toujours plus diversifiés : les travailleurs sociaux, la médecine libérale, mais aussi le milieu associatif, les élus locaux et nationaux, la justice, la police.

L'enjeu de cette banalisation psychiatrique, « *transform[ant] l'aliéné en être autonome, malgré sa déraison* » (Ehrenberg, 2004a) et encourageant une forme d'autogestion des usagers, n'est



autre que « *le maintien d'un minimum de cohésion sociale* » (Roelandt & Desmons, 2002)<sup>30</sup>. On ne peut manquer de discréditer l'illusion d'une autonomie complète et acquise relativement pour nombre de sujets porteurs de pathologies « lourdes » ; un tel impératif laisse également suggérer de graves répercussions sociales pour ces mêmes sujets, dont l'expérience de la maladie alourdit, inexorablement, le fardeau de la précarité. Ainsi la juriste Elyn R. Saks indiquait-elle en 2008 qu'en dépit des progrès réalisés en matière de recherche et de soins aux États-Unis, les plus rapports statistiques dont elle disposait étaient sans appel : « *seul un schizophrène sur cinq peut espérer mener un jour une vie indépendante et avoir un emploi* » (Saks, 2008).

La survalorisation de l'autonomie des sujets est finalement l'implication pratique la plus évidente d'un processus par lequel on reconnaît et promeut leur propre responsabilité — à l'égard de leurs comportements, de leur trajectoire sociale et de leur parcours de soins. C'est en prônant l'égalité de responsabilité de tous que l'autonomie des malades mentaux s'en trouve valorisée, rétablie, et l'universalité des principes humains les plus fondamentaux reconnus. La responsabilité des malades mentaux fait l'objet de nombreux débats politiques — à l'échelle institutionnelle et dans la société civile —, et plus particulièrement au sein de secteurs professionnels directement confrontés à cette question. Ces polémiques sont par ailleurs régulièrement remises au goût du jour dès lors qu'une personne « déséquilibrée » commet l'irréparable en réalisant des actes nuisibles à la vie sociale et humaine, *a fortiori* lorsqu'il y a mort d'homme. Toujours est-il que les dispositifs de soins et d'accompagnement médico-social visent, par un mode de gestion personnalisé et adapté aux troubles traités, à convertir les patients mus en usagers en véritables acteurs de leur propre condition — dans les limites, toutefois, de ce que leur affection ne laisserait envisager. La psychiatrie n'a donc plus vocation à — seulement — enfermer, mais bien à soutenir un sujet souffrant, et ce jusqu'à la fin de l'accompagnement qui lui est proposé, dès lors qu'il satisfait les critères d'une autonomie retrouvée et d'un respect des conduites sociales escomptées.

La reconnaissance d'une dignité du malade mental relative à la « simple » condition d'homme s'est opérée sur le long terme, et revêt des implications théoriques et pratiques dont la problématique du consentement aux soins constitue une contribution significative. Le principe de consentement est une *petite* révolution, introduite par la « Nouvelle loi française sur l'internement »<sup>o</sup> de juin 1990 — un renouveau législatif dont l'antécédent le plus « récent »

---

<sup>30</sup> Emile Durkheim (1858 - 1917), dans son célèbre *Suicide* (1897), soulignait déjà avec force à quel point des situations individuelles douloureuses influaient sur l'équilibre du tout social, la discontinuité des liens sociaux induisant une perte de ressources sociales et un affaiblissement des normes et des rôles sociaux

remontait à la Deuxième République (!), ladite « Loi des Aliénés » de 1838. Si cette loi maintient les hospitalisations sous contrainte et certains des principes du « *vieux placement d'office à l'initiative de l'autorité administrative et policière* » (Postel & Quénel, 2012 : 446), les dispositifs qui en émanent consacrent trois modes d'hospitalisation, dont chacun traduit le degré de liberté dont disposent les patients. Un internement ne signifie donc plus nécessairement une privation de droits. Il s'agit, du plus restrictif au plus tolérant, de l'hospitalisation d'office (HO, sur décision préfectorale), de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), et de l'hospitalisation libre (HL). Cette mesure législative devait inaugurer un système où l'hospitalisation libre serait la nouvelle norme statistique — les hospitalisations sous contrainte n'ont néanmoins cessé de se multiplier — et officialiser la reconnaissance du malade mental comme « *une personne à part entière* », un sujet dont le consentement aux soins affirmerait le plus expressément l'autonomie (Ehrenberg, 2004a : 145).

Mais si le dessein sous-jacent à ces mutations est la promotion d'une autogestion de la maladie, son accomplissement n'est pas des plus flagrants dans les cas d'affections psychotiques, dont le symptôme le plus parlant est précisément la dénégation du trouble. Un sujet affecté par une psychose se trouve donc indirectement enserré dans une double contrainte, et lésé par les avancées du consentement aux soins : « *s'il accepte les soins, il sera considéré comme autonome (même s'il le fait sans comprendre)* », et « *s'il les refuse, il sera de nouveau rejeté dans la catégorie des insensés, et qui plus est responsable de l'échec de l'alliance thérapeutique entre lui et son soignant* » (Coupchoux, 2006 : 331). Pour autant, les compétences de chacun — professionnels, usagers, profanes —, valorisées et redistribuées, se nourrissent les unes les autres suivant un principe d'enrichissement réciproque, si bien que « *le patient autonome devant faire l'objet d'une prise en charge globale est aussi un patient compétent* », dans une alliance thérapeutique qui consiste à « *transférer les compétences médicales du médecin vers le patient* » (Ehrenberg, 2004a : 146).

La maladie mentale et l'affection psychique n'apparaissent plus, dans ce cadre d'échange, comme un problème de santé — du moins pas seulement — mais comme ce qui peut contrarier les différentes modalités par lesquelles une intégration sociale satisfaisante s'échafauderait, d'un point de vue subjectif également extérieur. La pathologie est dès lors pensée sous l'angle du handicap<sup>31</sup> et de la chronicité, d'où une certaine « *fragilisation de la dis-*

---

<sup>31</sup> Le concept de handicap psychique<sup>o</sup> a été introduit dans la législation française par la loi sur le handicap de 2005, et suivant une définition élaborée par l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) : « *Le handicap psychique est caractérisé par un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités alors que la personne garde des facultés intellectuelles normales* » (cf. <http://www.unafam.org/-Le-handicap-psychique-.html>)

*inction entre curatif et palliatif* » et la reconnaissance d'un couplage du soin et de l'accompagnement (*ibid.* : 148). Si bien qu'à l'instar du consentement, « *le handicap est à la fois l'expression d'un rapport au temps appréhendé sur une durée longue et d'un rapport au patient considéré comme un tout — et pas seulement comme un malade* » (*ibid.*), où le rapport santé-maladie se redéfinit par son ambition socialisatrice et se distancie d'une conception thérapeutique autotélique, réductible à elle-même.

Les associations de patients, toujours plus nombreuses et médiatisées, témoignent avec force de la manière dont leurs membres se sont réapproprié le principe d'autonomie, désormais inhérent aux dispositifs d'accompagnement de pathologies chroniques. Leur mention, au sein de ce travail de recherche, s'explique non seulement par l'actualité de leur médiation, mais surtout parce que la question des médicaments psychotropes — leur recours croissant au sein des institutions de soins et l'expérience singulière des sujets qui en reçoivent la prescription — y est particulièrement présente, et fait parfois l'objet de revendications et de luttes.

Ces associations résultent *in fine* d'une déconstruction des frontières socialement établies entre profanes et experts — médecins, chercheurs, scientifiques —, et œuvrent à dénoncer les limites des problématiques de dépendance entre ces deux sphères parfois antagoniques. Trois traits majeurs semblent caractériser ces collectifs dans le champ globalisé de la santé française :

- leur nombre et leur diversification croissante : douze mille associations de patients et de familles de patients — tous « groupes pathologiques » confondus — conquièrent ainsi leur visibilité sur la scène publique, et avec succès ;
- ces collectifs sont dirigés ou représentés par des patients et/ou leurs proches et leurs familles, ce qui ne manque pas de renforcer leur rôle d'acteurs contestataires du monopole médical dans la gestion de la maladie et de la santé — ce dont l'histoire de la psychiatrie nous apprend que cette réappropriation sociale relève d'une victoire ;
- enfin, leur développement s'actualise conjointement à celui d'autres associations — féministes, pacifistes, anti-nucléaires... — pour lesquelles l'objet de la lutte n'est pas une nouvelle répartition des richesses, mais la construction et la défense d'une identité et d'intérêts communs.

Alain Touraine (1980), théoricien de l'actionnalisme<sup>32</sup>, nous inviterait sans doute à incorporer ces associations de patients à l'agglomérat desdits « nouveaux mouvements sociaux » (NMS) : des mouvements se désolidarisant de la traditionnelle lutte des classes et œuvrant à asseoir leur identité par contestation de l'ordre établi.

Gérard Massé (2006), décrivant le cadre d'une « *réhabilitation psychosociale à la française* », conçoit l'inclusion des familles et des proches des patients comme la force majeure de ces associations. Le vécu de la maladie et de sa prise en charge conditionne les trajectoires de vie, elles-mêmes mises à l'épreuve de la souffrance et de la déstabilisation. C'est pourquoi les sujets de pathologies mentales chroniques requièrent un soutien de qualité, susceptible d'adoucir les épreuves rencontrées au cours de leur expérience sociale et intime. Les proches familiaux constituent donc, « *dans le champ de la réadaptation médicale, un interlocuteur central et indispensable dont l'implication est déterminante au cours de toutes les phases de l'évolution* » (ibid. : 293), et la réadaptation médicale une expérience qui « *s'inscrit dans une réflexion beaucoup plus large au sein des débats concernant l'organisation démocratique de notre société* » (Ville & Ravaud, 2003).

---

<sup>32</sup> L'actionnalisme est un courant sociologique accordant une place centrale à l'action et aux mouvements sociaux, et reconnaissant une capacité d'action aux membres de la société. Ces membres disposeraient d'une certaine marge de manœuvre vis-à-vis des normes et il n'y aurait pas, dans le mode de pensée tourainien, de déterminisme concernant les situations sociales, ce qui implique la révocation du concept d'« agents » (dont usaient notamment Pierre Bourdieu et ses héritiers) au profit de celui d'« acteurs »

## ◆ Psychisme et neurosciences

Les neurosciences<sup>o</sup> — dans leur pluralité — désignent un ensemble de disciplines scientifiques partageant un même objet de recherche : la connaissance du système nerveux et de son fonctionnement. Nées de la biologie et de la médecine, elles ont particulièrement bénéficié de l'accroissement des connaissances scientifiques du milieu du XX<sup>e</sup> siècle, et tout particulièrement en psychologie, en chimie, en physique et en informatique<sup>33</sup>. Chacune de ces disciplines repose sur des concepts et des principes épistémologiques qui lui sont propres, et c'est justement par la mise en commun de leurs acquis respectifs que les neurosciences en viennent à ambitionner un progrès heuristique des règles et des mécanismes du fonctionnement cérébral. Le projet de cette mise en commun disciplinaire est un phénomène ancien, dont l'intention se trouvait notamment déjà chez des médecins et philosophes de l'Antiquité ; sa cristallisation en « neurosciences » peut quant à elle être datée des années 1960-1970 (Clarac & Ternaux, 2008 : 3).

La psychiatrie n'aurait su demeurer exempte de la diffusion des progrès neuroscientifiques, en tant que *discipline spéciale* mais néanmoins inscrite dans la médecine scientifique. De l'interpénétration d'une multiplicité de perspectives — neurosciences, psychiatrie, psychologie... — résulterait une connaissance accrue des relations entre un sujet humain et son cerveau, avec l'espoir qu'un dysfonctionnement cérébral diagnostiqué puis traité potentialise la résolution des troubles mentaux associés. Ainsi le président des États-Unis George Bush senior avait-il proclamé la « Décennie du Cerveau » — *Decade of the Brain* — au début des années 1990, et Barack Obama inauguré le « Siècle du Cerveau » avec la *Brain Initiative*. Ce vaste programme de recherche national visait à unifier des objectifs de tous ordres : progrès thérapeutiques, cartographie du cerveau, innovations technoscientifiques et création d'emplois (Bovet *et al.*, 2013 : 555-556). Les dispositifs de recherche pluridisciplinaires axés sur le cerveau et ses propriétés se sont ainsi développées et renouvelées sur une « *rhétorique de l'espoir* » (Mulkay, 1993), et « *à grand renfort de stratégies de conviction afin d'accréditer la posture politico-morale selon laquelle elles révolutionneraient la compréhension de l'humain et porteraient la promesse de sa préservation en termes de santé sur les plans cognitif, mental, psychique et même social* » (Bovet *et al.*, 2013 : 556).

---

<sup>33</sup> La philosophie a elle aussi beaucoup influé sur cette discipline, bien qu'elle puisse sembler fort éloignée, à première vue, des spécialités neuroscientifiques (en tout cas de celles que nous venons de citer)

## ▪ De l'être cérébral à la psychopharmacologie souveraine

Cognition sociale, cerveau social, neurosciences cognitives et neurosciences sociales désignent indifféremment l'ambition, scientifique, de rendre compte de données sociales à partir du cerveau du(des) acteurs(s) en présence. Le cerveau apparaît, dans ce cadre, comme « *le substrat biologique conditionnant la socialité et la psychologie humaine* » (Ehrenberg, 2008 : 80). Gerald Edelman (1929 – 2014), lauréat du prix Nobel de médecine et de physiologie en 1998, posait déjà le problème de ce que la connaissance de nos cerveaux est susceptible de nous apprendre vis-à-vis de nous-mêmes : « *si nous ne parvenons pas à comprendre comment l'esprit se fonde sur la matière, il subsistera toujours un immense abîme entre nos connaissances scientifiques et notre connaissance de nous-mêmes* » (Edelman, 2000 [1992]).

L'espoir de surpasser cette difficulté, plus spécifiquement porté par les promoteurs du perfectionnement et de l'extension des neurosciences, constituait le moteur d'un tel développement : ainsi Edelman ajoutait-il qu'« *il n'est pas impossible de jeter un pont au-dessus de cet abîme* » (Collin *et al.*, 2006 : 19). Ainsi dans le contexte des années 1980, celui de « *l'augmentation de la valeur sociale et médicale du cerveau en tant que puissance causale* » (Chamak & Moutaud, 2014), un certain nombre de laboratoires — dans un premier temps nord-américains — réorienteront leurs activités de recherche à destination de l'imagerie cérébrale. L'espoir des chercheurs concernés consiste à « faire parler » le cerveau humain, à appréhender ce « *système dynamique* » avec suffisamment de maîtrise pour mieux « *comprendre comment l'homme pense, sent et agit* » (*ibid.*).

Ce vaste projet réinvestit, et avec force, ce que l'on a coutume de nommer la querelle du sujet : il s'agit d'un conflit « *qui a toujours été intense dans cette discipline si métaphysique qu'est la psychiatrie* » (*ibid.* : 20). D'un côté se trouvent les tenants du « sujet parlant » — plus particulièrement rattachés aux courants psychanalytiques et psychopathologiques, pour lesquels la parole, l'échange verbal constituent la voie royale dans l'accès à la subjectivité humaine — ; d'un autre, les défenseurs du « sujet cérébral » tendent à relativiser la prégnance de la personnalité acquise et de la trajectoire biographique des individus souffrants dans ce qui les affecte, et voient dans le cerveau le siège de l'être tout entier, par-là la cible d'une hypothétique intervention thérapeutique. Les débats en question opposent ainsi, *a priori*, deux positionnements épistémologiquement incompatibles : « *une conception de l'homme comme être corporel et une conception adverse de l'homme comme être de langage* », où « *l'homme corporel et cérébral s'opposerait terme à terme à l'homme socialisé et parlant* » (*ibid.*). Quant à l'approche neuroscientifique des troubles mentaux, ou « biopsychiatrie », elle privilégie l'approche objectiviste de « ce qui cloche », suivant une conception qui n'accorderait d'importance qu'à ce que les difficultés

d'un sujet donneraient à voir, observer, mesurer — directement ou indirectement — et non au « *comment* » ces difficultés sont vécues » (Bovet & Parnas, 2013 : 655).

Selon Alain Ehrenberg (2008 ; Collin *et al.*, 2006), l'ambition des neurosciences est double, avec un programme « fort » et un programme « faible ».

Le programme faible vise à améliorer les modes de traitement de certaines maladies neurologiques — telles qu'Alzheimer et Parkinson — et à déceler d'hypothétiques causes biologiques ou génétiques dans le domaine de maladies mentales comme la schizophrénie : les altérations de tissus et de cellules du cerveau pourraient s'y rattacher et être directement observables et mesurables. Ce type d'investigation ne fait pas véritablement d'objet de polémiques, en tout cas guère au-delà du champ médical lui-même. Il a plutôt trait à des considérations techniques, déployées en direction d'un objectif légitime et inhérent à la profession médicale : comprendre les causes d'un trouble, d'une plainte.

Le programme dit « fort » présente quant à lui un soubassement théorique et philosophique beaucoup plus controversé ; de même, ses incidences pratiques contribuent à ce que sa mise en débat n'agite pas seulement les sphères des médecins et praticiens chargés d'évaluer et de traiter un état de santé défaillant. Ce programme tend à strictement assimiler connaissance du cerveau et connaissance de soi-même. En projetant de faire fusionner la neurologie et la psychiatrie, il envisage le traitement des psychopathologies en termes neuropathologiques. Pour le résumer, son postulat fondamental soutient que dans le cas où un dysfonctionnement cérébral est décelé au cours du processus diagnostique d'un patient, les dispositifs thérapeutiques doivent *logiquement* être déployés envers ce cerveau atypique, en agissant sur sa morphologie, son activité, son mode de régulation des flux.

Certes, il n'est pas du ressort de la sociologie de juger de la pertinence d'une investigation cérébrale de la pathologie par voie d'imagerie et de cartographie du cerveau, et encore moins de défendre les arguments de ses défenseurs ou détracteurs. Ce projet de construction d'une « neurobiologie de la personnalité », d'une biologie de l'individu, nous invite toutefois à envisager ses aspects plus socio-anthropologiques. La biopsychiatrie ne traite pas seulement de questions biologiques mais aussi de problématiques éminemment sociales, et intrinsèquement liées à une certaine conception de l'homme : ses postulats et ses implications franchissent donc le seuil de l'expertise scientifique et médicale. Patrick Coupechoux fournit, à ce titre et dans son essai *Un monde de fous* (2006), deux des principaux corollaires des principes étiologiques<sup>34</sup> dont il est question.

---

<sup>34</sup> L'étiologie° est l'étude des causes d'une affection ou d'une maladie, causes dont découlent les dispositifs diagnostiques et thérapeutiques associés (<https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tiologie>)

La réduction de l'homme à son cerveau et de la souffrance à un dysfonctionnement biologique promeut « *une approche étroite de la maladie mentale, que l'on peut dès lors traiter dans l'urgence au niveau des symptômes* » (Coupechoux, 2006 : 399-400). Le médicament doit y faire l'objet d'un recours quasi-systématique qui promeut, indirectement, une forme de désincarnation de la pratique médicale : une fois prescrite et ingérée, une substance ne semble requérir l'intervention d'aucun être humain sensible et parlant pour faire effet, pour agir d'elle-même et par elle-même. L'intervention humaine — celle du médecin — ne s'y justifierait *in fine* que pour prescrire ou ajuster un traitement, d'un point de vue moléculaire et/ou de dosage, et pour assurer l'efficacité thérapeutique d'une intervention chimique peu ou prou virtualisée.

Une simple comparaison peut permettre d'éclaircir ce point : celle du psychiatre et du chirurgien. La chirurgie sans chirurgien n'a pas beaucoup de sens, dans la mesure où cette intervention technique sur le corps humain requiert l'art et la maîtrise de celui ou celle qui opère, incise, suture<sup>35</sup>. Dans le cas de la psychiatrie médicale, la prescription d'une substance agissant de manière autonome aurait plutôt tendance à édulcorer le rôle du thérapeute, un thérapeute dont l'efficacité prescriptive est surtout mesurable lorsqu'il est absent. Et si la clé du bien-être est à trouver dans un juste dosage chimique et l'énigme du mal à déceler parmi l'infinie complexité d'un cerveau prétendu dysfonctionnel, la science seule assurerait sa légitimité à y déployer ses outils, tandis que des suivis potentiellement plus coûteux en temps et en énergie — alliant différentes perspectives thérapeutiques, notamment celles qui se définissent par la rencontre répétée de plusieurs sujets parlants — peineraient à être rationnellement validés.

Ensuite, d'un point de vue ici socio-anthropologique, la réduction médicale de l'être humain à son fonctionnement cérébral peut être perçue comme une tension vers la réification des sujets souffrants. Le cerveau ne constitue pas l'unique réalité sociale d'un individu — ce dont les biopsychiatres eux-mêmes sont convaincus —, et la façon dont son corps s'inscrit dans le monde y importe tout autant, quand bien même il n'y aurait pas lieu d'opérer une dichotomie entre l'espace cérébral et corporel d'un être. Si les processus de socialisation et de construction identitaire n'avaient pas tant d'importance dans la subjectivation humaine, la réflexion sociologique ne mériterait d'ailleurs pas la moindre heure de peine. Maladie mentale et souffrance psychique constituent des phénomènes bien trop complexes pour se contenter d'une appréhension strictement biologique et illusionnée par le mirage d'un positivisme selon lequel les progrès scientifiques finiront bien par résoudre tous les maux. Rappelons, à

---

<sup>35</sup> Bien que la robotisation progressive de la chirurgie (son fantasme, *a fortiori*) et d'autres pratiques médicales dématérialisées connaissent une indéniable expansion depuis quelques années...



ce titre, la manière dont Édouard Zarifian défend la multidimensionnalité humaine, en refusant tout justement la réduction de l'homme à ses capitaux et dispositions biologiques : « *Un être humain vivant existe selon trois dimensions qui tissent entre elles des liens indissociables jusqu'à sa mort. Elles sont constituées par le corps biologique, et particulièrement le cerveau, le psychisme individuel et le réseau de relations réciproques avec les autres* » (Zarifian, 2000 [1988]).

Cette conception nous invite à appréhender l'être humain dans une perspective à la fois biologique et sociale, rappelant celle de « l'homme total » chez Marcel Mauss (1872 – 1950) :

« C'est [...] la totalité biologique que rencontre la sociologie. Ce qu'elle observe partout et toujours, c'est non pas l'homme divisé en compartiments [ndlr : que nous entendons ici comme des facteurs] psychologiques, ou même en compartiments sociologiques, c'est l'homme tout entier. » (Mauss, 1969 [1927] : 213)

Les plus fervents défenseurs des neurosciences psychiatriques promeuvent ainsi la recherche dite « translationnelle », « *autrement dit le transfert/la traduction des recherches de laboratoire vers le champ de la clinique, et de le faire au profit des patient-e-s* » (Bovet et al., 2013 : 558). Dans l'article précédemment cité, Émilie Bovet et ses collègues décrivent un double paradoxe inhérent à un tel projet. D'une part, les pratiques soignantes ne s'exercent pas véritablement à la lumière des discours et progrès de la connaissance du cerveau — songeons par exemple au métier d'infirmier psychiatrique —, et une pression croissante s'exerce sur des cliniciens tenus de maîtriser les théories issues de ces recherches. Et d'autre part, « *c'est le constat d'efficacité des psychotropes qui mène à d'éventuelles hypothèses neurochimiques et non l'inverse* » (ibid.), la psychopharmacologie se concevant ici comme l'opposée de l'idéal de la recherche translationnelle. Dans un tel cadre, les neurosciences psychiatriques en expansion invitent les professionnels du soin à une réflexivité accrue vis-à-vis des pratiques hétérogènes déployées au profit de la santé mentale, mais des pratiques « *qui sont le reflet d'un savoir et d'une expérience accumulés sur le terrain face à des sujets humains* » (ibid.).

## ▪ *Evidence-Based Medicine (EBM) et administration de la preuve*

Le prolongement théorique et pratique le plus significatif des neurosciences psychiatriques semble nous être offert par la médecine fondée sur les données probantes, ou « Evidence-Based Medicine » (EBM). Les praticiens francophones utilisent plus généralement cette expression dans sa version anglo-saxonne : la conception de la médecine qu'elle traduit est effectivement née aux États-Unis — terre natale du DSM, de l'opulente *American Psychiatric Association* (APA), des firmes pharmaceutiques les plus proactives. L'EBM se présente comme un mode de légitimation des pratiques thérapeutiques, au sein duquel surplombe le critère d'efficacité, « *c'est-à-dire l'efficacité des traitements rapportée à leur coût* » (Guilé, 2005), et où « *la décision diagnostique et thérapeutique repose sur une connaissance et un respect des données validées les plus récentes* » (Lesage *et al.*, 2001).

L'EBM repose sur un postulat *a priori* curieux, à savoir que l'on ne peut pas évaluer l'efficacité d'un traitement médicamenteux à la seule lumière de la réduction de la symptomatologie du patient-consommateur de la(les) substance(s) en question, ni même de son ressenti : « *la guérison ne prouve rien* » (Nathan & Stengers, 2000). Claude Bernard (1813 – 1878) démystifie fort bien ce paradoxe, un paradoxe traduisant *de facto* toute la complexité de ce qui a valeur de preuve dans le domaine médical et thérapeutique :

« Un médecin qui essaye un traitement et qui guérit ses malades est porté à croire que la guérison est due à son traitement. Souvent des médecins se vantent d'avoir guéri tous leurs malades par un remède qu'ils ont employé. Mais la première chose qu'il faudrait leur demander, ce serait s'ils ont essayé de ne rien faire, c'est-à-dire de ne pas traiter d'autres malades ; car, autrement, comment savoir si c'est le remède ou la nature qui a guéri ? » (Bernard, 1984 [1865] : 272-273)

Ainsi Georges Canguilhem (1904 – 1995), fidèle à cette conception de l'efficacité, y décelait le terreau de la plus grande différence entre la figure du médecin et celle du guérisseur : « *le guérisseur est celui qui revendique la guérison comme preuve et comme légitimité de son action, alors que le médecin ne cesse pas d'être médecin et d'exercer la médecine même s'il ne guérit pas* » (Canguilhem, 1978 ; Boussageon, 2011 : 34). Un autre élément, de taille, contribue à dévaloriser le facteur « guérison » dans l'évaluation d'efficacité d'un produit : il s'agit de l'effet placebo°. Cette expression désigne les nouveaux facteurs psychologiques ou symboliques que l'on qualifie de « non-spécifiques » (Benedetti, 2008), c'est-à-dire les effets que la simple administration d'un traitement est susceptible d'induire, sans égards pour les propriétés chimiques et curatives de la substance. Comment donc parvenir à déterminer la puissance du principe actif d'un médicament dès lors qu'il est absorbé, tout en isolant l'effet placebo et ce que l'heureuse évolution

d'une pathologie ne doit qu'à l'amélioration spontanée des symptômes que l'on cherche à combattre ? L'EBM, ses défenseurs et leurs outils prétendent pouvoir remédier à ce problème et concourir, par un tel biais, à la légitimation des pratiques médicales.

Le terme même d'« Evidence-Based Medicine » a été introduit en 1992, par un article fondateur du *Journal de l'Association Américaine de Médecine* (JAMA) : « Evidence-Based Medicine: A new approach to teaching the practice of medicine » (Guyatt *et al.*, 1992). Il s'agit donc, avant tout, d'une nouvelle approche pédagogique, d'une méthode novatrice pour enseigner la médecine aux étudiants et aux praticiens.

Elle se fonde sur deux principes fondamentaux (Boussageon, 2011 : 38). Le premier est que les connaissances devront être hiérarchisées, « ramenant la primauté d'une part à la clinique, et donc à la médecine et aux médecins, et d'autre part aux études expérimentales les plus rigoureuses ». Le second consiste en l'introduction du concept de « niveau de preuve » pour mieux attester de la qualité méthodologique d'une étude. Mais bien entendu, les propriétés d'un médicament ne suffisent pas à indiquer le niveau de certification de son efficacité thérapeutique : ses effets n'émergent que par la rencontre avec les corps et les âmes dont il s'agit d'atténuer les maux.

L'étalon retenu par l'EBM est donc l'ECR°, ou « essai clinique randomisé », dans l'idéal en « double aveugle » et contre placebo. L'objectif est de parvenir à contrôler ledit effet placebo et à déterminer l'effet spécifique d'une thérapeutique. Des sujets volontaires, « malades » ou non, participent à ces expérimentations en consommant les médicaments qui leur seront administrés : certains recevront la substance dont on cherche à évaluer le niveau d'efficacité, d'autres un placebo, à savoir ici un artefact ressemblant en tous points au traitement testé mais qui ne contient aucun principe actif — « sugar pill ». La randomisation de l'essai signifie que « l'allocation du médicament actif ou du placebo est faite au hasard », et l'expression double-aveugle « traduit le fait que ni le patient ni son médecin ne savent quel est le résultat de ce tirage au sort » (Falissard, 2015 : 75). Dans cette configuration à première vue technique, l'effet placebo ne constitue plus le même point d'achoppement des études d'efficacité pharmacologiques. Un biais subsiste toutefois : les ECR ne permettent pas de juger de la supériorité d'une thérapeutique vis-à-vis de l'absence de traitement, sur les fameux « effets spontanés » de rémission/guérison que nous avons évoqués à travers les propos de Claude Bernard.

Rémy Boussageon (2011 : 43) souligne, en deux points fondamentaux, le risque encouru par une telle définition de la thérapeutique. Ces procédés auraient tendance à jeter le discrédit sur toute autre démarche thérapeutique dont on ne peut pas précisément évaluer l'efficacité — notamment avec des outils de mesure aussi « scientifiques » que l'ECR. *In fine*, plus une thérapie est complexe et incertaine, moins elle répond aux critères de l'Evidence-Based Medicine — et par extension, moins elle est « légitime » — : nous songeons plus particulièrement ici à toutes celles qui ne recourent à aucune substance médicamenteuse, comme les psychothérapies. Les ECR sont, de surcroît, des dispositifs coûteux dont seule l'industrie pharmaceutique peut supporter les investissements nécessaires. Ils répondent à des questionnements qu'ils ne feraient que provoquer, et qui ne préoccupent pas toujours les médecins eux-mêmes, afin de promouvoir explicitement les seules thérapeutiques dont on peut « correctement » évaluer l'efficacité : les médicaments. Le second point souligné par R. Boussageon est le suivant : en évinçant l'effet placebo de la thérapeutique, c'est-à-dire du domaine de « ce qui fonctionne » et « ce qui soigne », les psychopharmacologues semblent voir un biais dans ce que l'on peut tout autant concevoir comme un levier. Certains traitements médicamenteux peuvent en effet concilier une optimisation de l'effet placebo et une forte efficacité thérapeutique et globale.

L'EBM ne tiendrait donc pas compte des « effets non-spécifiques » d'un traitement, signifiant par-là que l'on se passerait bien, idéalement, de ces facteurs — les composantes symboliques et psychologiques d'une substance, la qualité de la relation médecin-patient... A l'opposé et du point de vue de nombreux praticiens, une thérapeutique pourrait se concevoir comme efficace dès lors que la symptomatologie du sujet pris en charge/accompagné dans sa trajectoire de soins est intimement vécue sur le mode de l'allègement. Dans un champ pathologique aussi lié à la psychologie que la psychiatrie, l'effet placebo semble pouvoir constituer davantage qu'un point noir, mais bien un élément significatif du rétablissement, de la rémission, de la guérison.

# [ 2 ]

## Un objet culturel et social, une relation : pratiques et mondes vécus éclatés

Il a été étudié, en première partie, combien l'appréhension de la maladie mentale et de son traitement traversent l'évolution scientifique du XX<sup>ème</sup> siècle. Leur dimension également et éminemment sociale y est apparue comme le point de convergence de nos analyses. Bien sûr, les progrès scientifiques et médicaux ne peuvent être entendus en-dehors de leur contexte et de leur historicité sociale. Mais c'est le rapport à la pathologie mentale, bien au-delà de celui de l'altérité et de la différence, qui atteste de la dimension sociologique de nos réflexions. Il se manifeste notamment, et de manière collective, à travers des associations, des mouvements de revendication, des mouvances culturelles et des pratiques intra-professionnelles conflictuelles ou réflexives.

Nous tâcherons donc, au sein de cette seconde partie, d'appréhender les pratiques de consommation de médicaments psychotropes prescrits au long cours, ainsi que la multiplicité d'expériences intimes et sociales qui en découlent. Ces analyses associeront le savoir préexistant et la littérature grise traitant de ces questions, et une mise en adéquation de ces remarques avec le recueil de données et de vécus issus de notre propre recherche — suivant des principes méthodologiques dont nous rendrons également compte.

Nous insisterons, en premier lieu, sur les paradoxes matérialisés des traitements psychotropes, afin de mieux asseoir le développement des modalités d'expérience et d'expression de l'ambivalence des patients-usagers de services psychiatriques vis-à-vis des médicaments qui leur sont prescrits. Ces analyses ouvriront, dans un second temps, sur l'appréhension de la complexité des relations de savoir et de pouvoir inhérentes aux pratiques de prescription et de consommation psychotropes, ainsi que des implications relationnelles — dans le rapport à

soi, aux autres, aux prescriptions, donc au monde social — de ces tensions et des multiples sens que peuvent recouvrir les notions d'autonomie, dans un tel cadre.

Pour ce faire, l'appréhension sociologique de la consommation chronique de médicaments psychotropes — dans ses effets tout autant que dans ses conséquences — requiert une forme d'explicitation, en termes théoriques et méthodologiques.

## ○ ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

### **Cadre théorique et social**

Si le premier des cadres théoriques de l'approche de la consommation quotidienne de médicaments psychotropes est éminemment social, l'impératif de notre étude suit un embranchement en direction des effets sociaux de cette prise de médicaments, et des outils d'étude mobilisés pour en rendre compte. En effet, l'étude des médicaments, de leurs modalités de prescription et de consommation ne témoigne traditionnellement pas grand égard à cette dimension sociale : soit cette dimension est tout à fait évacuée du champ d'analyse, soit elle n'y figure qu'en tant que simple référence illustrative, de manière sporadique<sup>36</sup>. La conception classique des effets de la prise médicamenteuse est explicite à ce sujet. Ainsi François Dagognet (1924 - 2015) la formule-t-il (1964 : 31) :

Effet global ( $a$ ) = effet réel (spécifique) ( $x$ ) + effets suggestifs (effet placebo) ( $y$ )

$$x = a - y$$

<sup>36</sup> Citons tout de même, à cet égard, la thèse réalisée par Julien Grard (2011), une ethnographie effectuée pendant plusieurs années au sein d'un Groupe d'entraide mutuelle (GEM). La question des traitements médicamenteux et de leur expérience vécue s'y trouve tout précisément abordée dans trois chapitres (XI-XIII) : « Les traitements médicamenteux » (pp. 339-364), « La personne en actes : expériences des traitements » (pp. 365-386) et « Expériences et ruptures biographiques : les sens de l'observance » (pp. 387-399)

Cette équation, qui prend un caractère principalement additionnel<sup>37</sup>, pose le principe de l'association d'effets réels (essentiellement chimiques, biologiques et somatiques) et d'effets subjectifs (psychologiques). Pour autant, ces variables — et il s'agit des critiques qui lui ont été formulées — ne sont pas aussi cloisonnées qu'il n'y paraît : les effets des médicaments sont autrement plus complexes et intriqués. Les études neurologiques sur la plasticité cérébrale les plus récentes en attestent, à l'instar de la diversité des modes de réception — subjectifs, particuliers — de substances psychotropes absorbées par l'organisme. Cependant, une simplification méthodologique est constatée dans les protocoles d'évaluation des effets des médicaments, afin d'en faciliter une étude formalisée et comparative à l'échelle médicale et économique.

Il convient donc de définir et de circonscrire une autre variable, devant le constat de l'incomplétude d'une telle équation. La sociologie et ses outils constituent des compléments indispensables à une compréhension aiguisée de la prise de médicaments comme « *phénomène social total* » (Mauss, 2007 [1925]). L'introduction de la variable sociale  $s$  apparaît en effet pertinente à la présente étude, en ce qu'elle permet d'abandonner une stricte séparation entre les effets réels et suggestifs des substances psychotropes, d'envisager la question du rapport qu'entretiennent les usagers avec ces objets. Dès lors, l'équation classique de Henry K. Beecher potentialise l'appréhension des effets biochimiques des médicaments, en autorisant l'exécution des protocoles d'évaluation pharmaceutique ; mais même en l'enrichissant de cette variable sociale  $s$  (sur le modèle éventuel d'un  $a = x + y + s$ , où  $x = a - y - s$ ), nous ne parviendrions pas à épuiser toute la complexité d'une « simple » formulation algébrique de l'effet global, et surtout universel, de la *materia medicans*.

La présente étude consistera en l'examen des significations et de l'impact des traitements psychiatriques en matière de conduites, d'attitudes, de modes d'existence au monde des sujets concernés, en postulant que ces médicaments constituent des vecteurs de construction identitaire et de transformations corporelles, physiques et physiologiques influant à leur tour sur les modalités de socialisation. Il s'agira d'aborder les enjeux sociaux, pour un individu donné, du vécu d'une pathologie psychique induisant un traitement psychotrope, expérimenté

---

<sup>37</sup> Elle fait florès dans les protocoles visant à évaluer l'efficacité thérapeutique des substances médicamenteuses en laboratoires depuis la publication d'un article médical en 1955, rédigé par l'anesthésiste nord-américain Henry Knowles Beecher (1904 – 1976) : « The powerful placebo ». C'est au cours de la Seconde Guerre mondiale, alors qu'il est mobilisé comme soignant sur le front d'Italie, qu'il expérimente les vertus curatives potentielles de ce fameux effet placebo — du latin « je plairai » — et pose le principe, désormais fondamental au sein de l'Evidence-Based Medicine, des procédures en double aveugle : à court de morphine pour soulager la douleur des blessés, Beecher leur avait tout simplement injecté du sérum physiologique (ne contenant pas le moindre principe actif antalgique), sans en dire mot aux combattants. Ces « remèdes » improvisés ont fonctionné, d'où la formule de Beecher : « *The total "drug" effect is equal to its "active" effect plus its placebo effect* » (1955)

au quotidien et sur la durée — en lien avec une consommation journalière, et/ou en rapport avec des substances injectées reproduisant les effets d'une prise régulière, en se diffusant progressivement dans l'organisme.

### **Cadre pratique et empirique**

Les substances thérapeutiques, leurs indications et contre-indications, constituent des sujets d'étude éminemment médicaux, scientifiques, et les travaux de recherche — y compris lorsqu'ils relèvent des sciences sociales — ont tendance à se focaliser davantage sur la maladie mentale elle-même et ses sujets. C'est pourquoi la menée à bien de cette seconde section, consacrée à la mise en lumière des pratiques et réalités vécues liées à l'expérience d'une médication psychotrope au long cours, s'est enquis de mobiliser d'autres outils. Ces derniers apparaissent comme complémentaires et plus spécifiquement socio-anthropologiques que ceux déployés pour rendre compte des conceptions contemporaines de la santé mentale en France, sous le prisme des traitements psychotropes. La recension et l'investigation de références bibliographiques — des ouvrages, des articles de revues scientifiques et de presse, des supports d'informations disponibles sur Internet... — nous ont certes permis d'appréhender ce que d'autres ont pu décrire des aspects éminemment sociaux et culturels de l'expérience psychotrope, et ce au-delà même des champs de la sociologie et/ou de l'anthropologie. Mais cette méthode de restitution sera enrichie par un travail de terrain réalisé au cours de cette année universitaire. Ces deux cheminements ont été empruntés conjointement, suivant la volonté méthodologique d'allers-retours constants entre la quête et l'analyse de « matière grise », et la pratique dudit terrain d'enquête.

Ce terrain est avant tout constitué d'enquêtes réalisées, par le biais d'entretiens semi-directifs<sup>38</sup>, auprès de cinq adultes : deux femmes et trois hommes, âgés de 23 à 41 ans. Tous partagent au moins deux points communs, au regard de leur trajectoire de vie et de santé :

---

<sup>38</sup> Le guide qui m'a servi de trame, durant ces cinq entretiens, se trouve en Annexe 1 (pp. ). Les thématiques et questions recensées n'ont pas toutes été évoquées avec chacun des enquêtés, ni dans l'ordre indiqué ; certaines relances consistaient en des questions tantôt ouvertes, tantôt fermées. Le contexte des entretiens, la tonalité des échanges, le fait que le discours de l'enquêté ait parfois devancé certaines de ces thématiques ou manifesté une forme de réticence, de gêne, de malaise, nécessitaient forcément une forme de souplesse de ma part à l'égard de ce guide, bien qu'il se soit avéré fort utile au « recadrage » des sujets abordés. Un dispositif de « questions-réponses », de « questions à choix multiples » déguisé, n'aurait pu convenir à la démarche envisagée. Bien que l'art et la manière d'évoquer de tels sujets — parfois très intimes — ne m'ait jamais été enseignée, il m'a semblé, au fil des entretiens, que le fait que les enquêtés aient une certaine expérience du « récit de soi » (durant des entretiens psychiatriques, psychologiques ou encore psychanalytiques) constituait une aide précieuse durant les échanges, comme le revers de mon incompétence « formelle »



celui d'avoir été hospitalisés, au moins une fois, au sein d'un service psychiatrique, et le fait de présenter des troubles psychiques devenus chroniques faisant ou ayant fait l'objet d'un traitement psychotrope. Cette sélection de sujets — et suivant ces deux caractéristiques principales — apparaît comme la plus adéquate à une perspective véritablement socio-anthropologique. Elle se pose en-deçà de toute velléité d'évaluation de vertus thérapeutiques des traitements psychotropes dont, répétons-le, la médecine seule possède les outils, quand bien même les sciences sociales peuvent acquérir compétence à les déployer de façon pertinente.

Le vécu d'une affection psychique de longue durée contribuant à façonner le rapport à l'altérité et les modalités d'être au monde des sujets enquêtés, l'instauration et le maintien d'une forme de confiance de leur part et à notre égard a revêtu une importance majeure. La subjectivité et l'affect inhérent aux thématiques qu'il s'agissait d'aborder, tout autant que la singularité fonctionnelle et interactionnelle des sujets qui vivent et rendent compte de leur expérience de la souffrance psychique, supposaient nécessairement une délicate prudence, en accordant beaucoup d'attention à la personne autant qu'à la perception de l'interaction en cours. Une telle posture ne renvoyait nullement à la peur de l'hétéro-agression, mais à la crainte que cette précieuse confiance n'en vienne à s'étioler, que la parole se bride, et que celles et ceux qui avaient eu la générosité de se prêter au « don d'entretien » en tirent quelque affliction. Instaurer une confiance avérée et ratifiée, dans l'instant de l'entretien, permettait ainsi d'atténuer l'inévitable décalage entre le « faire » et le « dire sur le faire » (Lahire, 1998), et contribuait à dissiper la crainte éventuelle des enquêtés de se sentir jugés.

L'utilisation de l'expression précédente « don d'entretien » n'est pas bénigne. La richesse des vécus et des émotions relatés et expérimentés lors des cinq entretiens tient effectivement beaucoup à la forme d'engagement relationnel développée par les sujets de l'enquête. Leur démarche participative et profondément réflexive, leur capacité et leur inclination à contribuer à la réalisation de ce travail, leur enthousiasme et leur application à s'exprimer le plus justement possible et en toute transparence<sup>39</sup>, ont constitué des conditions *sine qua non* à la mobilisation des matériaux recueillis à leur contact. Leur engagement désintéressé s'est affirmé au cours des entretiens, mais également à leur suite. Aucun des enquêtés n'a d'ailleurs manqué de prendre des nouvelles de l'avancement de ce travail et de ses éventuelles difficultés, manifestant ainsi une bienveillance et des encouragements tout aussi inattendus qu'ils ne révélaient la qualité de nos échanges.

---

<sup>39</sup> Et ce, en dépit de la délicatesse des thématiques abordées

L'interindividualité de l'entretien est apparue comme le cadre le plus propice au partage du soi des enquêtés. Pour ne prendre qu'un exemple, la question du diagnostic, de l'éventuel nom de la pathologie affectant chacun des enquêtés, n'a méthodologiquement pas fait l'objet de la moindre question parmi celles recensées dans le guide. L'accueil de l'expérience vécue de traitements psychotropes n'est pas un rendez-vous médical, et formuler des questions à ce sujet aurait pris le risque d'attenter à la spécificité de notre démarche, ni médicale ni psychothérapeutique, mais bel et bien socio-anthropologique. Si certain(e)s ont pu évoquer ces questions, de leur propre chef, il ne nous revenait pas de les y inciter.

Les thématiques abordées lors des cinq entretiens n'ont pas été exemptes d'émotions « éprouvantes » et palpables, et pas seulement de la part des enquêtés. Mais loin de « biaiser » le travail d'enquête dans la démarche engagée, ces « malaises » ponctuels ont plutôt constitué des opportunités de confirmation d'une confiance partagée, et aussi de « recadrage » des échanges — lorsque le sujet évoqué s'avérait particulièrement sensible ou trop éloigné des thématiques recensées dans le guide d'entretien. Ces malaises nécessitaient toutefois d'être repérés, de faire l'objet d'une attention toute particulière, pour parvenir à dissiper toute impression — bilatérale — d'entretien « à marche forcée ». Les silences, les propos vécus sur le mode de l'embarras, nécessitaient d'être accueillis tels qu'ils s'imposaient, se présentaient. Les cinq rencontres ne semblent pas avoir eu les répercussions négatives initialement redoutées en termes d'affliction des sujets, ou du moins elles ne sont pas exprimées lors d'échanges téléphoniques ou écrits postérieurs à nos rencontres.

## Présentation des enquêtés et du contexte des entretiens

Les tableaux suivants décrivent les profils socio-biographiques des cinq personnes interrogées, suivant l'ordre chronologique de nos rencontres. Les prénoms de tous les enquêtés ont été modifiés, ce que rappellera la présence d'un astérisque dès lors que l'expérience et/ou les propos de l'un d'entre eux seront intégrés au fil de notre analyse.

HULU*, femme de 26 ans [Entretien réalisé à mon domicile]
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Issue d'une famille nombreuse, Hulu* est la dernière d'une fratrie de six enfants. Adoptée en Éthiopie vers l'âge de deux ans, elle a évolué au sein d'un environnement social plutôt aisé (père médecin, mère infirmière). Elle est titulaire d'un diplôme de niveau bac + 2 (BTS « Assistante manager ») et fortement investie au sein d'une association humanitaire. Sans profession au moment de l'entretien (février 2018) mais non sans projets, Hulu* bénéficiait de l'allocation adulte handicapé (AAH°) et d'une reconnaissance qualité travailleur handicapé (RQTH°), et avait effectué des démarches — fructueuses — visant à mettre fin à sa mise sous tutelle, quatre ans auparavant. Elle vivait en concubinage avec un jeune homme en Bretagne, qu'elle a rencontré par le biais de ses activités associatives.</li> <li>• Son parcours de soins en psychiatrie s'est initié à la suite d'une bouffée délirante aiguë<sup>40</sup>, à l'âge de 19 ans et à la suite d'un long voyage ayant provoqué « <i>un trouble identitaire et existentiel</i> » (ce sont ses mots). Renversée par une voiture sur une voie à grande vitesse, elle avait été hospitalisée dans un centre hospitalo-universitaire (CHU) puis un hôpital psychiatrique à la demande d'un tiers, pendant trois mois. Depuis, elle a effectué un certain nombre de séjours dans cet hôpital, lors de rechutes (nouvelles bouffées délirantes), d'une dégradation de son état de santé qu'elle attribue désormais à une prise irrégulière de son traitement médicamenteux, dans certains cas à son interruption. Elle a également effectué un séjour dans un hôpital psychiatrique en Italie.</li> <li>• Hulu* est soumise à un traitement au quotidien (un neuroleptique<sup>41</sup>, le même depuis quatre ans). Au cours de son expérience en psychiatrie, des substances rattachées à d'autres classes thérapeutiques lui ont été prescrites puis ont été abandonnées, sur la</li> </ul>

<sup>40</sup> Xavier Pommereau (1995 : 55) définit la bouffée délirante comme suit : un « *épisode psychotique d'apparition brutale, caractérisé par un délire dont les thèmes et les mécanismes sont polymorphes. Il s'accompagne d'une déstructuration de la personnalité avec agitation, angoisse, confusion mentale... Cette manifestation subite survient chez un sujet, souvent jeune, jusque-là apparemment indemne de troubles mentaux graves. Elle est généralement de durée brève. Pour caractériser son déclenchement, on parle en psychiatrie de "coup de tonnerre dans un ciel serein"* ». »

<sup>41</sup> Pour rappel, un neuroleptique (ou antipsychotique) est « *un médicament psychotrope utilisé dans le traitement des états délirants et hallucinatoires* » (ibid. : 295)

décision de son médecin ou de son propre gré — antidépresseurs, anxiolytiques, régulateurs d'humeur... Elle souhaiterait que son traitement monothérapeutique fasse l'objet d'une injection-retard<sup>42</sup> mensuelle.

BASILE\*, homme de 41 ans

[Entretien envisagé par webcam, finalement réalisé par téléphone]

- Les parents de Basile\* étaient tous deux enseignants à l'Université, et sa sœur, aînée de deux ans, est également enseignante, dans un lycée. Titulaire d'un baccalauréat scientifique, il n'est pas parvenu à valider les cursus suivis dans les années qui ont immédiatement suivi sa majorité, en lien avec ses problèmes de santé (DEUG de sciences de la vie et de la Terre, de sciences physiques, de mathématiques-informatique, puis BTS informatique). C'est plus tardivement, vers l'âge de 33 ans, qu'il a repris ses études avec succès, en obtenant une licence professionnelle « Administration et sécurité des réseaux ». Il a donné des cours d'informatique et assumé des missions de technicien à domicile pendant quelques années. Il était dépourvu d'une activité professionnelle au moment de l'entretien (février 2018), en dépit de son implication dans le monde associatif : il gérait la plateforme-forum, sur Internet, de l'association « Frontières Invisibles », de lutte contre la discrimination et visant à représenter les usagers de la psychiatrie. Basile\* bénéficiait de l'AAH et d'une RQTH, et vivait seul.
- Il a été hospitalisé pour la première fois dans un service de psychiatrie (service pour adolescents, pendant deux semaines) à l'âge de 19 ans, dans un contexte dépressif consécutif au décès de sa mère et à un geste qu'il avait alors perçu comme suicidaire. Après quinze ans d'« errances diagnostiques », le diagnostic de dépression initialement émis a été revu et remplacé par celui de « *psychose ordinaire* » (ce sont les mots de Basile\*). Entre-temps, il n'a pas effectué un grand nombre de séjours à l'hôpital mais s'est rendu plusieurs fois aux urgences, dans des moments de crise psychique.
- Basile\* a reçu un certain nombre de traitements : d'abord des antidépresseurs et des anxiolytiques, puis des neuroleptiques, que lui-même jugeait plus adéquats. Il ne prend désormais plus de médicaments psychotropes de manière quotidienne, mais consomme épisodiquement des anxiolytiques, dans les situations de stress, d'angoisse, des périodes émotionnellement plus difficiles. Il suit une psychanalyse depuis plusieurs années, ce qui lui a permis d'atteindre un certain niveau de mieux-être et de ne plus ressentir le besoin d'un traitement médicamenteux au long cours.

<sup>42</sup> Les neuroleptiques-retard sont des composés antipsychotiques « chimiquement conçus de manière à ce que leur principe actif se diffuse lentement dans l'organisme en deux ou quatre semaines [et] s'administrent par voie intramusculaire » ; « cette modalité thérapeutique est surtout employée dans le traitement des psychoses chroniques, afin d'éviter au malade une prise quotidienne de neuroleptiques et d'assurer un traitement en continu » (ibid. : 242-243)

ANNA\*, femme de 23 ans  
[Entretien réalisé à son domicile]

- La situation familiale d'Anna\* est complexe, « asymétrique » : son père, artisan, « *gagne très bien sa vie* », tandis que sa mère n'a jamais eu, selon ses dires, d'activité professionnelle ; et c'est davantage la situation sociale de sa mère qui semble avoir primé sur la manière dont Anna\* s'est construite. Cette jeune femme est issue d'une famille nombreuse et recomposée (cinq sœurs, un frère et trois demi-sœurs), et elle a quitté le domicile maternel à l'âge de 17 ans. Malgré son jeune âge (23 ans), elle se considère déjà comme « *célibataire endurcie* », et occupait, au moment de l'entretien, un poste de standardiste téléphonique au sein du service recouvrement d'une grande entreprise du CAC 40. Elle estimait ne trouver aucune source d'épanouissement dans son travail, et ses nombreuses absences commençaient à lui attirer quelques ennuis, d'autant qu'elle n'avait pas souhaité informer sa direction des problèmes de santé à l'origine de ses absences régulières.
- Anna\* a été hospitalisée en psychiatrie pour la première fois à l'âge de 18 ans, en lien avec une forte addiction au Xanax® (anxiolytique), dont elle pouvait consommer jusqu'à quatorze comprimés par jour. Elle a effectué plusieurs tentatives de suicide, dont une à la suite d'un délire : persuadée de souffrir d'une tumeur cérébrale et qu'il ne lui restait plus que deux ans à vivre, elle a effectué toutes les démarches nécessaires pour anticiper son décès et en a averti son entourage, alors qu'il n'en était rien. Elle a été hospitalisée un certain nombre de fois, par la suite, à l'hôpital ou dans des cliniques psychiatriques, et a reçu le diagnostic de bipolarité<sup>43</sup>.
- Au moment de l'entretien, Anna\* se trouvait dans un état de santé stabilisé, qu'elle attribuait à l'abandon de ses consommations addictives (alcool, cannabis) hors contexte festif, mais surtout au traitement médicamenteux prescrit quelques mois plus tôt, lors d'un séjour en clinique (régulateur d'humeur et antidépresseur).

JULIEN\*, homme de 38 ans  
[Entretien réalisé à son domicile]

- Julien\* vit dans un appartement au sein d'une résidence accueillant des personnes isolées en situation de handicap psychique. Le contexte familial dans lequel il a grandi est complexe. Ses parents se sont séparés lorsqu'il avait deux ans, et ont tous deux refait leur vie avec un(e) autre conjoint(e), avec lesquels Julien\* n'a jamais entretenu de bonnes relations. Il a une sœur de sang, âgée de trois ans de plus que lui. Son père, désormais décédé, était agent de maîtrise dans des raffineries de pétrole, et devait régulièrement s'expatrier (il a rencontré sa seconde femme au Congo, avec laquelle il a de

<sup>43</sup> Les troubles de la bipolarité se caractérisent par une alternance entre « *des épisodes d'excitation maniaque et des phases de dépression mélancolique* » (Pommereau, 1995 : 50)

nouveau eu des enfants) ; Julien\* entretient un lien fusionnel — à distance — avec sa mère. Désormais à la retraite dans la région parisienne (puéricultrice puis agent administratif en mairie), sa mère est mariée, depuis plus de trente ans, à un homme que Julien\* n'a jamais supporté et qui a parfois dû s'expatrier, lui aussi, pour des raisons professionnelles.

- Julien\* bénéficie de l'AAH et d'une RQTH, et est à la recherche d'un poste d'hôte d'accueil à mi-temps. Titulaire d'un BTS « Gestion et production audiovisuelles » (bac + 2), il avait essayé de reprendre ses études quelques mois avant notre entretien (février 2018) ; il avait néanmoins dû abandonner cette préparation à un baccalauréat professionnel en électricité deux semaines après le début des cours, en raison d'une incompatibilité de la formation avec son état de santé et de fatigue.
- Il a été hospitalisé pour la première fois à la suite d'une tentative de suicide, lorsqu'il avait 23 ans, et a effectué de nombreux séjours en psychiatrie depuis (le plus long a duré neuf mois). Le diagnostic qui a été attribué à sa pathologie est celui de schizophrénie dysthymique<sup>44</sup>, diagnostic auquel il n'adhère pas : il attribue bien plutôt sa souffrance à l'environnement social et affectif dans lequel il a évolué.
- Julien\* a expérimenté divers traitements médicamenteux, et recouru à certains d'entre eux de manière plus fréquente et massive que ne l'indiquaient ses prescriptions : c'est pourquoi une infirmière se rend à son domicile, chaque jour, pour lui délivrer les médicaments qui lui ont été strictement prescrits pour une journée, et ainsi éviter qu'il n'en consomme davantage. En plus de l'injection mensuelle d'antipsychotique qu'il reçoit, des comprimés rattachés à plusieurs classes thérapeutiques différentes lui sont indiqués : deux autres antipsychotiques, un anxiolytique (qu'il croque pour en ressentir plus rapidement les effets) et un somnifère.

#### ÉTIENNE\*, homme de 40 ans

[Entretien réalisé à son domicile]

- Les parents d'Étienne\* ont divorcé il y a plus de vingt ans (« un divorce compliqué ») : il n'entretient plus de relation avec son père, agriculteur à son compte, mais demeure proche de sa mère, comptable spécialisée dans les exploitations agricoles et souffrant elle-même de troubles de la bipolarité. Étienne\* a une sœur aînée et une demi-sœur, plus jeune qu'eux deux. Après deux ans de classe préparatoire de mathématiques supérieures, il a validé une licence de mathématiques puis a dû interrompre ses études, après une première bouffée délirante aiguë et alors qu'il souhaitait devenir chercheur. En dépit

<sup>44</sup> La schizophrénie dysthymique (ou trouble schizo-affectif) désigne « un trouble mental associant des symptômes d'un trouble bipolaire (caractérisé par plusieurs épisodes dépressifs ou la présence simultanée d'épisodes dépressifs et de manie) et des symptômes d'une schizophrénie » ([https://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble\\_schizo-affectif](https://fr.wikipedia.org/wiki/Trouble_schizo-affectif))

du diplôme de professeur des écoles obtenu par la suite, il n'exerçait pas d'activité professionnelle au moment de l'entretien (mars 2018). En 2015, il a tenté de reprendre ses études, en Licence 3 d'Électronique, électronique et automatique (EEA), pour ensuite suivre un cursus de Master en robotique, mais son état de santé et la latence entre ses dernières années à l'Université et 2015 ne lui ont pas permis d'achever cette licence. Il est fortement impliqué dans ce que l'on pourrait appeler « la cause psychiatrique », particulièrement sur les réseaux sociaux ; il souhaiterait, par exemple, contribuer à l'organisation d'une « Mad Pride »<sup>45</sup>. Il vit seul et n'a pas d'enfant.

- Étienne\* a donc été hospitalisé pour la première fois dans un service psychiatrique à l'âge de 20 ans, et sa pathologie n'a reçu le diagnostic de bipolarité que lorsqu'il avait 28 ans, lors de sa deuxième hospitalisation. Il a dès lors effectué un certain nombre de séjours à l'hôpital — rarement en hospitalisation libre —, dans les établissements de huit villes différentes (dont un en Espagne), à l'occasion de symptômes maniaques ou hypomaniaques<sup>46</sup>.
- Il a expérimenté un grand nombre de traitements (tout particulièrement des neuroleptiques, y compris sous forme d'injection-retard, et des thymorégulateurs<sup>47</sup>), mais aucun n'est jamais parvenu à stabiliser durablement son état de santé, ni à enrayer ses décompensations psychiques<sup>48</sup> (apparition d'états dépressifs ou maniaques, le concernant). Il ne les consomme donc pas de manière très régulière, ce dont son médecin-psychiatre est plus ou moins conscient. Au moment de l'entretien, il reprenait un médicament auparavant consommé au long cours, depuis quelques jours, devant le constat d'une fatigue excessive (symptôme qu'il assimilait à un signe avant-coureur d'une dégradation de son état de santé).

<sup>45</sup> La « Mad Pride » — qui signifie littéralement « Marche de la folie » — constitue un type de manifestation novateur en France, qui l'est beaucoup moins dans d'autres pays. Le principe en est apparu il y a une vingtaine d'années à Toronto (Canada), sous le nom de « Psychiatric Survivors Pride Day », dans l'idée de défendre les droits des usagers des services de santé mentale. La première édition française a été organisée par sept associations œuvrant ensemble, le temps d'une journée : *Advocacy, France Dépression, AFTOC, Schizo ? Oui !, Vie Libre, Humapsy* et *Bicycle*. Comme l'indique son appellation, le mouvement s'apparente à la « Gay Pride », à une marche des fiertés dont les participants se réunissent pour lutter contre les stéréotypes, à propos de leurs affections psychiques et dont ils sont souvent victimes

<sup>46</sup> La manie<sup>o</sup> désigne « un trouble psychique intermittent se manifestant par une excitation mentale intense, avec exaltation euphorique de l'humeur et une agitation pouvant présenter tous les degrés, jusqu'à l'accès de fureur » (Pommereau, 1995 : 269-270), et l'hypomanie<sup>o</sup> une « forme atténuée de l'excitation maniaque, marquée par l'hyperactivité psychique et comportementale plus ou moins bien compensée » (*ibid.* : 235)

<sup>47</sup> Un « thymorégulateur<sup>o</sup> », ou « régulateur d'humeur », est un traitement « destiné à limiter les fluctuations excessives de l'humeur » (*ibid.* : 404)

<sup>48</sup> Le terme « décompensation<sup>o</sup> » s'emploie « en médecine puis, par dérivation, en psychopathologie », « à propos de la brutale mise en faillite des mécanismes régulateurs assurant jusque-là l'équilibre. Chez un névrosé, la décompensation des mécanismes de défense habituels peut se traduire par l'apparition d'angoisse, de symptômes névrotiques ou dépressifs majeurs, de productions imaginaires d'apparence psychotique. De même, une décompensation psychotique se manifestera par des troubles des conduites, des symptômes délirants, hallucinatoires, etc. » (*ibid.* : 126-127)

## REMÈDE ET POISON : PARADOXES DES TRAITEMENTS, AMBIVALENCES DES SUJETS

Dès leur découverte et au fil de leur amélioration chimique et technique, les médicaments psychotropes ont introduit une troisième voie dans la prise en charge des maux de l'esprit. Rappelons-le : au début des années 1950, au moment où les effets neuroleptiques de la chlorpromazine sont presque fortuitement découverts, les deux approches prédominantes de la maladie mentale demeurent les traitements de chocs — accompagnés de l'esprit de polémique dont nous avons rappelé les traits saillants — et la psychanalyse, reposant sur l'échange verbal et donc, par définition, sur l'hypothèse de la communicabilité des troubles. La psychopharmacologie en développement a symbolisé l'espoir de médecins nouvellement outillés, mais aussi celui de patients psychiatriques dont les troubles sont susceptibles de se réduire, par l'intermédiaire de molécules chimiques.

Les progrès thérapeutiques en la matière sont indéniables, et tout particulièrement dans le traitement de pathologies ayant trait à la psychose. Une remarque émise par le médecin-psychiatre Jean-Marie Vanelle<sup>49</sup> le confirme. Il y a un peu plus d'un siècle, le terme de schizophrénie<sup>o</sup> n'existait pas encore, et la forme pathologique qu'il désigne désormais portait le nom de « démence précoce » — *dementia praecox*<sup>50</sup>. Cette dénomination latine et anciennement mobilisée témoigne de la nosographie inhérente à cette forme de souffrance, dont Jean-Marie Vanelle signale les similitudes symptomatiques vis-à-vis des représentations contemporaines de la maladie d'Alzheimer, mais pour des patients âgés d'une vingtaine d'années. La démence précoce qualifiait alors une forme de sénilité juvénile que ne laissait envisager, en dépit de solutions thérapeutiques mobilisables lors des crises les plus aiguës, qu'une dégradation progressive des capacités intellectuelles et du libre-arbitre de ses sujets.

---

<sup>49</sup> Lors d'une émission radiophonique enregistrée en novembre 2016 et diffusée sur les ondes de France Culture (« Psychotropes : les médicaments de la psychiatrie sont-ils efficaces ? »), dans la chronique « Labo des savoirs » (cf. <https://www.franceculture.fr/conferences/universite-de-nantes/psychotropes-les-medicaments-de-la-psychiatrie-sont-ils-efficaces>)

<sup>50</sup> C'est en 1908 que le psychiatre suisse Eugen Bleuler (1857 – 1939) a proposé le terme de schizophrénie (du grec *schizein*, « fractionnement », et *phrèn*, « esprit »), en remplacement de l'expression popularisée en 1893 par Emil Kraepelin (1856 – 1926) et à laquelle il reprochait un excès d'approximation (Bottéro, 2010)



Les neuroleptiques constituent un mode de traitement des psychoses, agissant sur les symptômes les plus invalidants sur la durée et en continu. Ils visent à réduire la fréquence et le retentissement des crises psychiques — idéalement à lutter contre leur survenue —, et promeuvent ainsi le rétablissement des sujets souffrants. Ces substances médicamenteuses ont tout particulièrement contribué à la réduction de l'invalidité psychique, intellectuelle et sociale des patients traités, au soulagement de leur souffrance et à la restauration d'une forme d'emprise sur leur propre existence.

Néanmoins, et tel que l'indique la formule de Beecher — en dépit de son incomplétude —, l'effet global d'un traitement médicamenteux ne peut pas être appréhendé à la seule lumière des données qu'une approche biochimique peut en fournir. Les substances psychotropes ne constituent pas une panacée, un remède universel dont les effets et conséquences se constateraient dans une ampleur strictement égale d'un patient à un autre, mais bel et bien la médiation d'une approche thérapeutique et « *le concentré matérialisé d'une conception du soin* » (Pieron, 2009 : 44), tel qu'en témoigne le suffixe « med- ». La question de l'efficacité ne relève donc pas du seul champ de la rationalité médicale et scientifique, ce qui n'est pas sans renforcer la délicatesse de la prescription et l'éventualité des échecs thérapeutiques. Le médicament est bel et bien « *l'objet d'une interaction relationnelle, médiée par une substance active, modélisée sous le prisme du paradigme biochimique et investie par un imaginaire actif irréductible au fantasme* » (*ibid.*).

La prescription de médicaments psychotropes — neuroleptiques, antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques, psychostimulants et normothymiques — œuvre donc à la restauration d'un état psychique qui n'est plus optimal. Elle constitue une pierre angulaire de l'approche et de la prise en charge contemporaines des pathologies psychiques. Pour autant, ses effets escomptés sont susceptibles de différer vis-à-vis de ses effets concrets, et de telles substances sont tout aussi bien porteuses de paradoxes — en termes d'instabilité thérapeutique — qu'elles ne suscitent l'ambivalence des sujets dont elles pourtant œuvrent à réduire la symptomatologie psychique — notamment au regard de leurs implications sociales.

## ◆ Les médicaments psychotropes entre effets réels et spécificités sociales

Pour la plupart d'entre eux, les médicaments psychotropes ont fait preuve de leur efficacité thérapeutique, mais celle-ci demeure variable selon les sujets qui en bénéficient. Le scénario suivant, impliquant deux sujets — A et B — dont on suppose que les symptômes sont strictement identiques, contribuera à éclaircir deux des implications pratiques du caractère paradoxal des médicaments psychotropes. Un même traitement — que nous nommerons X — est administré à A et à B : A peut constater une extrême réduction de sa symptomatologie et B sa majoration, sans qu'aucun argument rationnel ne puisse en rendre compte. De même, si le traitement X a fait preuve de tant d'efficacité thérapeutique envers la symptomatologie de A à une époque donnée, on peut supposer que X n'agira pas suivant les mêmes modalités dans un contexte ultérieur, alors même que les symptômes de A étaient identiques à ceux qui avaient motivé, en première instance, la prescription de X. La frontière entre remède et poison, définissant le terme grec de *pharmakon*, est des plus poreuses, et ce paradoxe contribue à la complexité et la délicatesse des pratiques de prescription. Les médecins prescripteurs n'ont d'autre choix que de procéder par tâtonnement et d'envisager l'hypothèse des ratés thérapeutiques, d'alternatives moléculaires, d'ajustements posologiques etc.

L'ambivalence à l'égard de ces substances concerne tout autant ces praticiens que les sujets consommant ces traitements (Grard, 2011 : 345). L'ambiguïté des patients/usagers, quant à elle, signale l'éventuelle contradiction des sentiments qu'ils sont susceptibles d'éprouver vis-à-vis du traitement dont ils font l'expérience. Et ce sont tout particulièrement les effets secondaires inhérents à la consommation médicamenteuse qui constituent le motif prédominant d'une éventuelle réticence des sujets vis-à-vis de ce qui leur est prescrit.

### ▪ **Des principes actifs aux effets secondaires : une expérience corporelle et psychique bifide**

Dans le domaine pharmacologique qui nous occupe, un effet secondaire<sup>o</sup> désigne une conséquence non voulue de l'absorption d'un médicament, par opposition aux effets « désirés » qui ont pu en motiver la prescription — également appelés « effets primaires » (Dufour & Gagnon, 2018 : 21). Un effet secondaire n'en est pas, pour autant, forcément indésirable. Des « effets secondaires recherchés » sont en effet susceptibles de constituer le principal motif

de la prise d'un médicament, tandis que d'autres sont considérés comme « neutres ». Le cas de figure d'effets secondaires désirables demeure peu fréquent mais mérite toutefois d'être signalé.

Citons ainsi l'exemple d'un médicament très célèbre : le citrate de sildénafil, plus connu sous son nom commercial, Viagra®. Les chercheurs qui l'ont élaboré ne projetaient initialement pas la mise au point d'un agencement moléculaire capable de remédier au trouble de l'impuissance sexuelle, mais d'une solution au traitement du syndrome d'angine de poitrine. Au cours des expérimentations menées au sein des laboratoires Pfizer en 1989, et en amont de la mise du citrate de sildénafil sur le marché, l'absorption de cette substance par la cohorte de sujets volontaires mobilisés — le hasard voulut qu'il ne s'agisse que d'hommes — et ses conséquences physiologiques ont ouvert la voie à la prescription de Viagra® en vertu de son « effet secondaire désirable », celui de favoriser l'érection (Marion, 2009).

Les traitements psychotropes sont quant à eux davantage sujets à induire des effets secondaires indésirables. Ces effets contribuent largement à ce que leurs consommateurs ne respectent pas l'intégralité des prescriptions qui leur ont été adressées, ainsi qu'à une irrégularité des prises, par-delà des questions d'oubli et d'un refus catégorique de la médication. Les entretiens que nous avons réalisés témoignent de la prégnance de ces effets, de la multiplicité de leurs répercussions, et de la manière dont ils affectent la personne concrète : les manières d'être au monde et l'expérience quotidienne et sociale s'en trouvent affectées. Pour les besoins de notre analyse, nous mobiliserons les enseignements de nos cinq entretiens, et en restituerons les principaux enseignements en dégagant trois grandes catégories d'effets secondaires vécus comme négatifs : les répercussions physiologiques et motrices des médicaments, leurs effets dits « psycho-physiologiques » ensuite, et enfin leur retentissement sur leur ressenti émotionnel et leur expérience sensitive.

Ce que nous nommons « répercussions physiologiques et motrices » des traitements psychotropes a trait aux transformations corporelles induites par la médication, ainsi qu'à la manière dont elle agit, peu ou prou, sur les manières de se mouvoir dans l'espace. Il s'agit donc de conséquences corporelles vécues par les sujets traités, qui les rendent directement sensibles à autrui — plus spécifiquement à sa vue — et peuvent contribuer à renforcer le stigmatisme de la souffrance psychique, de la maladie mentale.

La prise de poids est présentée par nos enquêtés comme une conséquence récurrente de ces traitements. Un tel surcroît pondéral s'explique principalement par l'attrait majoré des sujets traités par psychotropes pour les aliments riches en sucres et/ou en graisses, et par la propension de ces substances médicamenteuses à dégrader le mode de fonctionnement des récepteurs cérébraux impliqués dans le contrôle de l'appétit (Ruetsch *et al.*, 2005 : 510). En plus de constituer un risque important pour la santé et d'exposer son sujet à des complications somatiques sur les systèmes cardiaque, respiratoire ou encore hématologique<sup>51</sup>, une prise de poids est bien souvent négativement vécue d'un point de vue psychologique, et susceptible de générer une démoralisation et un isolement social (*ibid.* : 507). L'entretien réalisé auprès d'Étienne\* traduit l'épreuve d'un gain de poids pharmaco-induit — dont lui-même s'estime relativement épargné — en termes psychologiques, d'un rapport à soi modifié par la transformation de l'enveloppe corporelle :

« J'ai pas trop été concerné, moi, par des prises de poids, et encore, par rapport à d'autres... Moi, j'ai pu prendre dix kilos, mais je connais des amis qui ont pris trente kilos, hein, à cause des effets secondaires des médocs. Ça commence à *chiffrer*, quand même. Donc *tu es plus toi*, quoi, à un moment donné. [...] *Si tu te reconnais plus*, si à la limite psychiquement ça va un peu mieux, mais si physiquement, tu te reconnais plus, je vois pas bien l'intérêt. C'est un peu comme si tu avais mal à la tête et qu'on allait te taper sur le pied, comme ça tu auras mal au pied et tu auras plus mal à la tête. »

Les syndromes extrapyramidaux<sup>o</sup> constituent un autre ensemble d'effets indésirables, particulièrement mal vécus par celles et ceux qu'ils affectent. Ils se traduisent par un moindre contrôle de la motricité et d'une forme d'anxiété quasi permanente (Franck & Thibaut, 2005), et peuvent nécessiter l'introduction de traitements dits correcteurs, afin d'en atténuer la prégnance.

Au regard de la motricité des sujets, ces syndromes associent trois catégories de symptômes : la perturbation des mouvements — *dyskinésies*<sup>o</sup> —, des tremblements plus ou moins marqués, et les « impatiences » — ou *akathisie*<sup>o</sup>. Les mouvements se trouvent perturbés, dès les premières heures suivant la prise du traitement, sous l'effet de contractions musculaires involontaires, induisant une raideur et une position crispée ; dans un second temps, plusieurs jours après l'introduction du neuroleptique mis en cause, la motricité involontaire s'assimile à la symptomatologie typique de personnes atteintes de la maladie de Parkinson — gestes

<sup>51</sup> De l'hypertension artérielle, une insuffisance coronarienne, des accidents vasculaires cérébraux (AVC), du diabète, des troubles ostéoarticulaires etc.

brutaux et rapides, ou au contraire ralentis et non coordonnés (Juignet, 2015). Les tremblements en général s'observent au niveau des extrémités, plus particulièrement des mains, tandis que l'*akathisie*, ou « syndrome des jambes sans repos », « impatience », désigne un irrépressible besoin de remuer les jambes, en période de sommeil, de repos ou d'inactivité (*ibid.*).

Au-delà du stigmate sociale et personnel du traitement lui-même, Étienne\* a particulièrement pâti de tremblements — invalidants — et d'une *akathisie* génératrice d'une grande souffrance et l'ayant particulièrement marqué. Un corps mis en demeure de ne jamais demeurer précisément dans l'état où ses postures devraient l'incliner à être, une sorte de refus physique permanent entre une position assumée et l'appel vers une autre, qui ne sera pas satisfaisante elle non plus :

« Alors, le truc qui est vraiment le plus chiant que j'aie jamais rencontré, c'est les impatiences. Ça te dit quelque chose ? Tu es bien nulle part, si tu es assis tu as besoin d'être debout, tu es debout et tu veux être allongé, tu es allongé et tu as besoin d'être assis, et tu es toujours en train de trembler, quoi. Mais c'est une galère, c'est une torture à vivre. »

« Quand je te disais que j'étais sous Téralithe® [régulateur de l'humeur], par exemple, j'avais du mal à tracer des lignes, et c'était un peu con parce que j'étais en études, j'avais repris des études en 2015 à Montpellier, dans ce qu'on appelle EEA. J'étais en Licence 3 d'électronique, électrotechnique et informatique, et tu sais, tu en as peut-être fait, des schémas électriques, et donc tu dois tracer beaucoup de lignes, des segments en tout cas, et j'étais incapable de le faire. Donc oui, ça m'entravait, et pareil dans l'écriture, puisque je suis quand même censé être prof d'école, donc avoir une jolie écriture, bien soignée au tableau, eh ben les médicaments peuvent entraver ça, ouais. »

Les dyskinésies peuvent également s'observer au niveau des mouvements du visage — elle sont alors qualifiées de « bucco-faciales<sup>o</sup> » — et se traduire par des mouvements masticatoires anormaux, désordonnés et incontrôlés (Weyeneth, 2004). Julien\* a été sujet à cette manifestation particulièrement visible, associée à un traitement neuroleptique par Xeroquel® dont la prescription a dû cesser, devant le constat de son intolérance multiforme à la quétiapine. Lui-même n'en avait pas pris conscience, et c'est l'une de ses voisines qui le lui en avait fait la remarque — Julien\* vit au sein d'une résidence semi-thérapeutique dont les locataires sont tous atteints de troubles psychiques au long cours. A l'arrêt de ce traitement — un traitement dont elle-même avait fait l'expérience —, elle avait alors constaté que les mouvements de la mâchoire de Julien\* avaient retrouvé leur aisance articulaire, que la partie inférieure de son visage semblait « décongestionnée » (ce sont les mots de Julien\*). Cette anecdote est

intéressante : au-delà de l'« étrangeté » des dysfonctionnements moteurs, de l'éventualité de leur sensibilité aux yeux d'autrui, les dyskinésies bucco-faciales peuvent donc également constituer un vecteur de reconnaissance mutuelle, parmi des personnes ayant reçu les mêmes traitements neuroleptiques et subi des effets secondaires identiques, éventuellement (ré)activateurs des stigmates d'une souffrance psychique au long cours.

Étienne\* a fait état de la survenue d'autres répercussions tout aussi désagréables qu'invalidantes, d'un point de vue physiologique et moteur : des troubles de l'équilibre — se traduisant par une titubation rappelant celle de l'ivresse — ainsi qu'une forme de potomanie<sup>52</sup>. C'est d'ailleurs non sans humour qu'il témoigne de cet irrépressible besoin d'hydratation, consécutif à la prise d'un traitement psychotrope :

« Ah, la potomanie, aussi ! [...] Mais oui, à boire comme un trou, mais que de l'eau ! De l'eau, des jus de fruits, mais à en être dangereux ! Parce que tu peux mourir si tu bois plus de huit litres d'eau par jour ! Mais j'en n'étais pas loin, quoi ! Toujours soif ! »

Nous avons nommé le second type de conséquences de la prise de psychotropes « répercussions psycho-physiologiques ». Ces répercussions, difficilement vécues et potentiellement invalidantes, se traduisent par une multiplicité d'effets sur le fonctionnement psychique et biochimique, intrinsèquement liés au mode d'action des médicaments sur les mécanismes physiologiques des sujets traités. Julien\* témoigne d'une sensation de fatigue plus importante, de l'impression d'être « shooté ». Il n'a d'autre choix que de « composer » avec cette forme de sédation, induite par son traitement quotidien :

« Mon traitement, ça reste un antipsychotique, un anxiolytique, un antidép... Euh, l'antidépresseur, il est censé me foutre la pêche, mais j'ai le Loxapac® 100 [i.e. 100 mg] que je prends le soir, le matin il faut que je prenne deux ou trois Ricoré® avant d'être d'attaque, quoi. Là, ça va, je suis bien réveillé parce que j'ai eu le temps de faire ma piscine, j'ai eu le temps de purger le médicament, mais ça peut me laisser entre deux eaux [...] Pour l'instant, je me fais mes piscines. La piscine, je fais entre une demi-heure et une heure, une demi-heure ça suffit à me purger de mes médicaments [...]. »

<sup>52</sup> La potomanie désigne un constant et irrépressible besoin de boire, de s'hydrater

La sédation induite par les substances neuroleptiques est particulièrement significative en termes de paradoxes thérapeutiques. Elle est invoquée par le corps médical comme un effet recherché de ces traitements — afin de réduire, notamment, l'agitation psychomotrice des patients —, mais c'est précisément dans son excès qu'elle est susceptible de se muer en effet secondaire indésirable, et donc d'être négativement expérimentée. La sensation de fatigue, dès lors qu'elle se manifeste dans la surabondance et/ou de manière trop prolongée, peut également compromettre l'adhésion des usagers aux soins qui leur sont proposés, en somme la consommation effective des médicaments indiqués par le thérapeute (Passamar *et al.*, 2011 : 448). Cette « sédation thérapeutique » s'accompagne parfois d'une autre manifestation, cette fois plus précisément psychique, également recherchée à travers la prescription de médicaments psychotropes mais potentiellement invalidante lorsqu'elle se manifeste dans l'excès : le ralentissement du cours de la pensée.

Basile\* avait constaté — et déploré — l'apparition persistante de cet effet secondaire, durant les derniers temps de sa consommation de neuroleptiques, et c'est notamment à l'aune de cette observation et de celle de sa prise de poids qu'il a décidé de cesser sa médication quotidienne. Ses dires à ce sujet sont particulièrement intéressants, en ce que Basile\* reconnaît l'intérêt thérapeutique du ralentissement du cours de la pensée, dans des moments d'agitation psychomotrice, mais beaucoup moins en-dehors de ce contexte précis :

« Les derniers neuroleptiques que je prenais m'induisaient des effets secondaires *pénibles*, et j'ai arrêté *en partie à cause* des effets secondaires. [...] Il y avait un effet physique qui est la prise de poids, et un effet plus psychique, qui est que les neuroleptiques, ça ralentit le cours de la pensée. C'est un *gain* quand les pensées sont *envahissantes, persécutantes*, ce genre de choses. Ralentir le cours de la pensée est très *pertinent*, dans ce cas-là. Par contre, comme par ailleurs, les soins non-médicamenteux [Basile\* suit une psychanalyse] me permettent d'avoir un cours de la pensée *beaucoup plus facile à vivre*, eh ben en fait, ça devient moins pertinent de devoir ralentir le cours de cette pensée. [...] Donc maintenant, je peux me permettre d'accélérer un peu le cours de cette ma pensée, ce qui me permet de pouvoir *mieux jouir de mon esprit*. Par exemple, quand je lis un livre, ben... Quand je lisais un livre il y a trois ans, j'en comprenais 5 %. Maintenant quand je lis un livre, j'en comprends 6 % ! (*rires*) »

La pharmacodépendance<sup>o</sup> et l'accoutumance<sup>o</sup> aux traitements sont deux autres phénomènes bien connus des médecins et de leurs patients, la seconde faisant plus particulièrement l'objet de l'attention des prescripteurs. La dépendance au médicament traduit, selon la définition de l'OMS internationalement admise depuis 1969, « un état psychique et parfois physique,

*résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisée par des réponses comportementales et autres qui comportent toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique afin d'en ressentir, de nouveau, ses effets psychiques (perçus comme agréables) et pour parfois éviter l'inconfort de son absence (ou "manque")* »<sup>53</sup>. Cette dépendance se manifeste dès lors que la prise d'un médicament psychotrope est interrompue — sur les conseils du corps médical ou la décision du patient-usager lui-même.

L'arrêt brutal des traitements est également générateur de symptômes physiques de sevrage similaires à ceux de l'arrêt de conduites addictives telles que l'alcoolisme : des maux de tête, des douleurs musculaires, des nausées, des vomissements, des diarrhées, des sueurs abondantes, de la fièvre (Haxaire, 2002). D'autres symptômes éventuels, d'ordre plus psychique, sont alors très proches de ceux qui avaient pu motiver la mise en place de la thérapeutique initiale et interrompue : insomnie, anxiété, tension, dépression, sentiment de malaise extrême, changement sensoriel, ou encore perception dégradée des mouvements (Le Moigne, 2008 : 64).

Quant à l'accoutumance, elle désigne le phénomène par lequel un organisme « s'habitue » à la présence d'une substance en son sein, et qui entraîne une escalade symétrique dans ce rapport entre l'absorption et la continuité de ses effets. La nécessité du suivi et d'ajustements thérapeutiques découlent donc en partie de l'accoutumance aux substances psychotropes, par voie d'augmentation des dosages ou de modification des molécules, afin d'assurer le maintien d'un mieux-être initialement atteint.

Le troisième type de répercussions éventuelles des traitements psychotropes concerne l'expérience émotionnelle et sensitive de leurs sujets. Elles pourraient à nouveau être considérées comme relevant d'un mode d'action médicamenteux sur la physiologie de celles et ceux qui les absorbent. Il nous semble néanmoins préférable de décrire les traits de telles modifications des perceptions sensorielles et du répertoire émotionnel, sous l'effet de la médication, au sein d'un développement séparé des deux précédents : elles induisent plus précisément un autre rapport au monde sensible, vécu sur le mode de la dégradation. Anna\* et Étienne\*, souffrant tous deux de troubles de la bipolarité, ont fait état d'une émotivité réduite, consécutive à une consommation quotidienne des normothymiques. Anna\* ressent une forte ambivalence vis-à-vis de cette absence relative d'émotions, d'une stabilisation de ses humeurs par

---

<sup>53</sup> Cf. <https://www.universalis.fr/encyclopedie/pharmacodependance>



certaines égards rassurante, mais également excessive et « frustrante ». Cette indifférence aux événements de la vie quotidienne la prive de vivre et de sentir les polarités des affects qui leur sont inhérents, l'expérience du désespoir mais aussi de la joie, de l'amusement :

« Bah, est-ce que je *remercierais* les médocs ou pas, j'en sais rien, parce que là, je suis sous régulateur d'humeur, et j'ai pas l'impression que... Même quand j'ai une phase déprimante, bah, impossible de pleurer, impossible non plus d'avoir un fou rire extravagant... Alors bon, peut-être que ça *stabilise*, quoi. [...] Ca me donne aussi envie d'arrêter [i.e. de cesser sa médication], j'ai envie de *retrouver un peu les émotions*, quoi. Mais j'ai pas envie de prendre le *risque*, en fait. [...] Maintenant, c'est vraiment très rare que je pleure. [...] Ça me *frustre*. De temps à autre, ouais, ça fait pas de mal. »

Anna\* décrit également, en lien avec cette émotivité amorphe, le sentiment de ne plus disposer de la créativité artistique qui la caractérisait : une inspiration perdue, « cassée ». Elle le constate avec d'autant plus d'amertume que la peinture a constitué pour elle, par le passé et lorsqu'elle présentait des symptômes dépressifs, une forme d'exutoire et d'évasion.

Étienne\* n'est quant à lui pas parvenu à accepter la restriction de son étendue émotionnelle depuis la consommation régulière d'un régulateur d'humeur. Ne se reconnaissant plus dès lors que son humeur était chimiquement régulée, il a décidé d'interrompre son traitement pour se « retrouver », « redevenir lui-même », fût-ce au prix de la labilité émotionnelle — parfois douloureuse — qui a motivé le diagnostic de la pathologie dont il souffre :

« [...] d'être *terne*, de *ne plus se sentir vivant*, de *se sentir étêté*, quoi. Ils sont là pour ça, les médicaments : étêter les phases basses et les phases hautes, mais tu ressembles à quoi ? Tu ressembles à *un maelström de pas grand-chose* finalement, une *coquille vide*. Je préfère, pendant que c'est gérable, et j'espère que ça l'est, continuer à *vivre avec mes pires et avec mes meilleurs*, mais que ça me donne *une entité pleine et entière*, plutôt qu'être là, *un simili de moi-même*, dont on aurait *amputé* ci et ça, quoi. Non, le truc, c'est que se sentir vide, ça fait déjà partie de la symptomatologie qui va avec la dépression, donc de se sentir comme ça, *désincarné*... »

Il avait, de surcroît, ressenti une gêne particulière vis-à-vis des troubles de l'accommodation visuelle<sup>o</sup> induits par ses traitements neuroleptiques ; des troubles de la vue qui l'ont également amené à cesser sa consommation quotidienne. Certains médicaments psychotropes agissent en effet sur la capacité des muscles oculaires à s'adapter aux variations lumineuses.

Ils en viennent à paralyser cette capacité nécessaire à la vie quotidienne et entraînent d'importants dysfonctionnements de la vue, une myopie instable et labile (Chambry, 2005). Ces troubles visuels ont revêtu un aspect particulièrement désagréable pour Étienne\*. Il est né avec un glaucome congénital, une dégradation du nerf optique — altérant tout précisément la vision latérale — le privant presque tout à fait de la vue de l'un des deux yeux : « [...] déjà, quand tu as un œil qui voit à 0,5 sur 10, et que l'autre il voit pas bien (rires), c'est chiant ! ».

Ce panel constitué par les trois types d'effets secondaires des traitements psychotropes — les répercussions physiologiques et motrices, psycho-physiologiques, et émotionnelles et sensibles — illustre à quel point la prise régulière de tels médicaments influe sur une personne. Cette influence concerne la plupart des aspects de son vécu au quotidien, son environnement sensible et sa perception du monde social. Son apparence corporelle et son état psychique et physique sont donc susceptibles de se modifier sous l'effet de substances appelant parfois elles-mêmes à la prescription de médicaments supplémentaires, elle-même vouée à pallier la prégnance des effets secondaires des premières — les antiparkinsoniens par exemple. De plus, il est impossible d'établir de quelconques généralisations et prédictions quant à la réaction d'un sujet vis-à-vis d'un médicament psychotrope qui lui sera administré. La manière dont chaque bénéficiaire de soins est susceptible de tolérer son traitement — *a fortiori* ses effets secondaires — est également conditionnée par sa propre perception, son degré d'attachement aux questions d'apparence physique, la durée de sa carrière de patient psychiatrique, ou encore ses caractéristiques et modes d'inscription sociales.

Les médicaments psychotropes sont prescrits dans une visée thérapeutique, en vue de réduire la prégnance de symptômes invalidants, mais leurs effets concrets peuvent ainsi revêtir des aspects profondément contradictoires, et ainsi susciter l'ambivalence de patients-consommateurs tentés d'interrompre leur médication, de « faire sans ». Lourdes Rodriguez del Barrio, Ellen Corin et Marie-Laurence Poirel (2001 : 7) décrivent par ailleurs une certaine insensibilité des discours médicaux vis-à-vis de l'éventuelle prégnance de ces effets secondaires, une prise en compte insuffisante de leur impact « sur la vie quotidienne et l'avenir des personnes qui consomment des médicaments psychotropes » (Rodriguez del Barrio *et al.*, 2001 : 7)<sup>54</sup>.

---

<sup>54</sup> Nous traiterons plus précisément de la question de l'exclusion sociale, potentiellement inhérente aux traitements psychotropes, dans une section ultérieure (« Médicaments et "handicaps iatrogènes" », pp.)

## ■ La médication entre « mal nécessaire » et nécessité du moindre mal

Parmi les cinq personnes qui ont participé à cette enquête de terrain, aucune n'a manifesté de positions radicales ou polarisées vis-à-vis des traitements médicamenteux qui leur ont été prescrits au cours de leur parcours psychiatrique. Si, comme le faisait remarquer Étienne\*, l'on peinerait à rencontrer une personne « *qui pourrait dire "j'adore prendre des médicaments"* », nos cinq enquêtés témoignent d'une certaine efficacité constatée, de bienfaits ressentis de leur médication — du moins de manière ponctuelle et/ou temporaire. Et du reste, c'est lors d'interruptions de traitement(s) que les sujets en phase de médications psychotropes sur une longue durée en viennent à développer cette réflexivité, et à en reconnaître les bienfaits tout autant que les préjudices.

C'est le cas d'Hulu\*, dont les pratiques d'*observance*<sup>55</sup> médicamenteuse n'ont pas été constantes — d'autant moins au cours des premières années qui ont suivi son hospitalisation initiale. Au fil des ruptures de traitement et des rechutes qui leur ont succédé, elle a pris conscience de l'aide précieuse que lui procure le médicament qu'elle souhaiterait recevoir par injection mensuelle — de l'aripiprazole ou Abilify®, un antipsychotique agissant également comme régulateur de l'humeur —, et qui la prémunit des bouffées délirantes qui lui ont failli lui coûter la vie<sup>56</sup> :

« En général, quand mon état de santé se dégrade, *c'est dû au fait que je ne prend plus mes médicaments... Je le sais*. J'arrête les médicaments, et au bout de quelques semaines, trois semaines, un mois, *je le sens* ; et ça fait pas longtemps que j'ai eu le déclic, que j'ai bien (*insiste*) compris que c'étaient les médicaments qui me rendaient plus ou moins stable. C'est en discutant avec un ami, il m'a fait comprendre en me disant "c'est comme si tu prenais une pilule de LSD, ça a un impact dans ton cerveau, tes neurones, eh bah... Toi, c'est pareil, un impact beaucoup moins fort mais ça a quand même un impact dans ton cerveau". Et j'ai compris en comparant ça aux drogues *qu'il fallait que je le prenne*. Et je le sais quand je suis sans, maintenant. Je ne veux plus *prendre le risque* de blesser mon copain par mes humeurs, d'être mal moi-même. Je ne supporte plus cet état-là. »

<sup>55</sup> L'*observance médicamenteuse* désigne « *l'adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin* » (Corruble & Hardy, 2003 : 1)

<sup>56</sup> Nous l'indiquons dans la section consacrée à la méthodologie, et plus précisément dans le tableau retraçant le parcours d'Hulu\* : l'une de ses premières bouffées délirantes l'avait profondément désorientée, et cheminant sur une voie à grande vitesse de nuit, elle avait été percutée par une voiture. Malgré de multiples opérations de la jambe (fracturée au niveau du fémur) et la relative ancienneté de cet accident — cinq ans —, elle n'a actuellement pas récupéré une mobilité optimale et continue de souffrir, de manière intermittente, de son membre fragilisé

Sa médication la rassure, et c'est pourquoi la suppression de ce traitement ne constitue plus un objectif personnel à atteindre — avec ou sans le consentement de son médecin —, mais un « *risque* » potentiellement dévastateur. C'est bien plutôt son rétablissement, la non-résurgence d'une bouffée délirante dans les années à venir, qui se convertirait en « *une belle victoire* » ; celle qui lui permettrait de concrétiser les projets de vie qui l'animent et que certaines hospitalisations de longue durée — consécutives à des interruptions de traitements — semblent avoir temporairement suspendu :

« [La vie sans médicaments], ça me ferait *peur* quand même, parce que je me connais maintenant, et assez pour savoir que quand j'arrête, il y a un moment où je *flanche complètement*, donc euh... Laissez-les-moi, quoi, laissez-les-moi. Je ne vois pas la différence. [...] C'est une *béquille* puisque mon tempérament ne change pas quand je les prends ou quand je ne les prends pas, à part à l'intérieur de moi, où *ça commence à se détruire un peu*. [...] Pour moi, la *victoire*, ce sera, allez, dans quatre ou cinq ans, si j'ai pas fait de bouffée délirante. [...] Je pourrais me dire "tu peux continuer ta vie", peut-être sans médicaments... Parce que c'est ma plus grande *hantise*, de rechuter à ce niveau-là. Parce que du côté dépressif, je sais l'appréhender, mais du côté des bouffées délirantes, je sais pas du tout appréhender, hein. »

« [...] la dernière hospitalisation m'a valu très très très *cher* physiquement, donc c'est aussi pour ça que je le prends [Hulu\* parle de son traitement quotidien]. L'accident de voiture, se retrouver à quatre heures du matin sur la quatre-voies, là tu te dis "ah oui...". C'est là que tu réalises vraiment que tu n'étais pas bien ; quand il t'arrive un truc où *tu mets clairement en danger*, tu te dis "plus jamais". *Plus jamais*, donc si ce médicament pouvait *m'aider à éviter le pire*, ben... »

« Maintenant, j'ai largement l'âge d'être adulte [Hulu\* a 26 ans], je suis une adulte, et quand tu es exposée à ça une fois, bah tu perds un an de ta vie ; deux fois, tu perds deux ans de ta vie... [...] Tu perds beaucoup de temps, tu es dans tout ça, quoi. Là, j'ai plus l'âge de perdre du temps, je suis en phase de construction sur beaucoup de plans, et j'ai vraiment pas envie de *tout démolir*. Et c'est aussi pour ça que je prends les médocs. »

La question de « l'origine du mal », à savoir celle des causes de la souffrance psychique, suscite une ambivalence particulièrement marquée et sensible de la part des personnes interrogées, vis-à-vis des médicaments qui leur sont prescrits. Par exemple, Étienne\* interroge le lien de causalité entre les symptômes dépressifs qu'il présente régulièrement et la consommation d'antidépresseurs dont ils ont pu faire l'objet, en mobilisant le « paradoxe de l'œuf et

de la poule » pour illustrer son propos : « [...] *j'ai jamais eu trop l'impression d'être réactif aux antidépresseurs. [...] qui a provoqué quoi ? Je sais pas* ». Anna\* se pose la même question, et aimerait disposer d'une preuve tangible de son affection, comme des analyses sanguines peuvent attester d'un dysfonctionnement hépatique et la radiographie d'une fracture :

« Mais après, est-ce que c'est pas les médocs *qui donnent* une pathologie ? [...] Ça me fait chier de prendre ces médocs alors que finalement, qu'est-ce qui *prouve* la bipolarité ? Mais bon, quand j'en prenais pas, il y avait vraiment des phases où j'étais bien, et puis à un moment donné, euphorie, et puis après dépression. Donc au fond, quand je regarde en arrière, je sais que c'est *justifié* quand même, mais j'ai pas de *preuve concrète*. Et moi, *j'ai besoin de preuve pour croire*. Un scanner par exemple, IRM, je sais pas. Mais c'est qu'on m'a diagnostiquée deux fois, ma demi-sœur pensait aussi ça, il y a beaucoup de choses qui font que (*insiste sur le dernier mot*)... *C'est vrai, mais il me manque la preuve, quoi.* »

Julien\* exprime lui aussi un ressenti mitigé vis-à-vis d'une médicalisation « chimique » de sa souffrance : un traitement qu'il a tout particulièrement mal vécu lors de sa première prescription neuroleptique. Celle-ci avait été mise en place en aval d'une tentative de suicide, elle-même consécutive à un sentiment de solitude et de rejet de la part de sa famille, ses difficultés à « trouver sa place » au sein de deux foyers recomposés — dont il espérait l'accueil et le soutien pour mener ses études à bien :

« Le Zyprexa<sup>®</sup>, ça m'a fait quelque chose, ça m'a *gêné*, un peu. Parce qu'en fait, j'avais un passé assez lourd, et *on s'en prenait à mon organisme* plutôt que de s'en prendre aux facteurs environnementaux. J'aurais préféré qu'on me dise “vous avez des droits, vous avez un droit aux études, et vous avez le droit d'être hébergé dans un environnement familial, de vous sentir chez vous”. [...] Quand tu as des problèmes qui sont environnementaux, comme moi par exemple, avec la situation de mon beau-père et de ma mère, *les médicaments n'y changent absolument rien*. Les médicaments me font *oublier*, mais *ne résolvent pas le problème* [...] »

« Ça, ça fait partie des choses, quand on te file un antipsychotique... Je dis aux psychiatres, “regardez ce qui m'est arrivé”, y'a des fois où j'ai des colères, et le médicament, *je sais pas s'il m'aide ou pas*, quoi. [...] Je prends mon antipsychotique *sans arrière-pensée*, je me dis que peut-être, au niveau des molécules, du cerveau, ça aide à ne pas avoir de fixation, à ne pas se sentir trop *aigri*, mais *c'est pas très cool*. »

Pour autant, Julien\* manifeste un certain attachement vis-à-vis des médicaments qu'il consomme quotidiennement, et plus particulièrement de ceux qui lui facilitent le sommeil :

« Le Loxapac® 100 et le zopiclone, ça me ferait chier s'ils étaient pas là. L'anxiolytique et le somnifère. Sinon, tous les autres [Haldol® et Zyprexa®, deux neuroleptiques, et Lysanxia®, un anxiolytique], je m'en passerais volontiers. Si je les avais pas, *ça me ferait pas forcément plaisir*. [...] Peut-être que je retrouverai le sommeil un jour, mais moi, c'est mon seul souci, en fait. Ce qu'on m'a défini comme une schizophrénie dysthymique, c'est-à-dire une psychose psycho-affective, je leur ai dit "je veux bien croire que j'aie une psychose psycho-affective, mais elle est environnementale, donc c'est pas un phénomène biologique, vous me donnez des médicaments qui me font supporter une situation difficile". [...] Si j'ai l'esprit occupé à faire quelque chose qui me plaît, *j'ai pas besoin* de ces médicaments. »

Si Basile\* a fait le choix de ne plus s'astreindre à la prise d'un traitement psychotrope au long cours — il recourt ponctuellement à des anxiolytiques, dans des périodes d'angoisse —, il attribue un caractère essentiellement symbolique à cette consommation. Son efficacité réelle s'explique, dans son cas, par une conjonction de phénomènes psychologiques plutôt que chimiques ou neurologiques. Des phénomènes qui suivent une succession d'événements : la dégradation de son état de santé, une prise de conscience du fléchissement de son bien-être, et enfin la volonté d'y remédier à l'aide d'un médicament plutôt que par des conduites susceptibles, à moyen et/ou long terme, d'aggraver la situation — boissons alcoolisées, stupéfiants... Ainsi évoque-t-il sa démarche, dès lors qu'il se décide à absorber des anxiolytiques :

« Au niveau de la prise ponctuelle des médocs, ça m'arrive assez rarement, et quand je le fais, j'en prends vraiment pas beaucoup, quoi. J'ai l'impression que le geste, *marquer l'intentionnalité de se soigner par un geste, un acte*, a déjà une *vertu curative*. À la limite si tu veux, le médoc, OK, tu as des molécules qui ont une action d'un point de vue biochimique, et je *crois* dans les vertus biochimiques des médicaments, mais je pense que dans les effets d'un anxiolytique, c'est très *psychosomatique*. Enfin, pas psychosomatique, mais disons que ça a vraiment un *effet placebo* non négligeable, quoi. [...] Si devant la souffrance psychique, ton réflexe c'est de prendre un médoc, ça revient pas au même que si [...] ton réflexe c'est de boire de l'alcool ou autre, quoi. Ça a quand même *pas forcément le même sens*, quoi. »

Tous ces témoignages illustrent, dans leur particularité, les sentiments partagés qu'expérimentent nos enquêtés au sujet d'une médication psychotrope absorbée sur le long terme. L'appui qu'elle peut leur fournir dans la lutte contre des symptômes d'ordre psychique, qu'Hulu\* qualifie en termes de « *béquille* », est indissociable de l'expérience de la souffrance ainsi que d'une forme d'aliénation auxquelles les sujets peinent à attribuer un fondement unique cloisonné : la pathologie motivant la prescription, les substances prescrites elles-mêmes, ou bien encore les deux à la fois.

Les enquêtés expriment, par ailleurs, une ambivalence supplétive quant aux probables inconvénients de telles substances absorbées des années durant. La crainte d'une nocivité médicamenteuse à longue échéance les inviterait parfois à une forme de prudence, de réticence vis-à-vis de leur consommation — d'autant que les psychopharmacologues eux-mêmes disposent de peu de connaissances globales à ce sujet, autres que celles dont l'expérience singulière des patients-usagers témoigne et indiquera, à terme (Loonis, 2001). Lorna A. Rhodes exprime une telle ambivalence de la manière suivante :

« Pour beaucoup, le soulagement est contrebalancé par une forte ambivalence envers les effets secondaires des médicaments. [...] Comme le montre Sue Estroff (1998 [1981]) dans son ethnographie réalisée auprès de patients suivis en ambulatoire, les médicaments affectent la personne dans son ensemble (mouvements involontaires, sécheresse buccale, fatigabilité), la capacité à travailler (baisse de l'attention et difficultés à lire), et l'expérience de la "réalité" physique (torpeur et nervosité). Le point fondamental est peut-être l'effet du traitement sur la perception de soi-même ; alors que la psychose produit une forme d'aliénation vis-à-vis de soi et de la réalité, les médicaments la remplacent par une autre. » (Rhodes, 1984 : 51 ; Grard, 2011 : 360-361)

## ◆ Expériences vécues des traitements et modification du rapport à soi et à l'altérité

La consommation de substances influant durablement sur le psychisme et les comportements est donc génératrice d'une certaine ambivalence de la part de ses sujets, elle-même inhérente à la multiplicité des effets des médicaments sur leur enveloppe corporelle et leur perception des univers sociaux au sein duquel ils sont plongés. Un tel phénomène d'« incorporation » — au sens de l'*embodiment* analysé par l'anthropologue nord-américain Thomas S. Csordas — suppose donc que le corps ne puisse être réduit à une simple et pure entité biologique et matérielle. Le corps constitue plus précisément le support de l'expérience perceptive et des modes de présence, d'engagement concret dans le monde social (Csordas, 1993 : 135). La conception d'une « *expérience incarnée* » (*ibid.*) des traitements psychotropes ouvre ainsi à l'appréhension des manières dont ils agissent aussi sur le rapport à soi et aux autres, sur des manières d'être au monde social une nouvelle fois traversées par cette question de l'ambivalence des sujets vis-à-vis des traitements psychotropes.

### ■ Médicaments et « handicaps iatrogènes »

Les effets secondaires du traitement psychotrope dont nous avons décrit la prégnance — et il en est d'autres que nos enquêtés n'ont pas mentionnés — sont susceptibles de revêtir un caractère handicapant, se répercutant directement sur la vie quotidienne. Ils affectent en effet les possibilités de projection et de réalisation sociale dont disposent les sujets traités. Cet ensemble de phénomènes, douloureusement vécus, se décrit en termes de *handicap iatrogène*<sup>o</sup> : c'est-à-dire que l'invalidation physique, psychique et sociale des personnes est « *enracinée dans la thérapeutique elle-même* » (Lovell *et al.*, 2009 : 222), émane de traitements absorbés dans une visée pourtant thérapeutique. L'iatrogénie médicamenteuse peut se décliner, pour l'essentiel, suivant deux modes : en venant créer de nouvelles formes de handicap, et/ou en renforçant les traits pathologiques inhérents à la maladie diagnostiquée et traitée (Grard, 2011 : 360).

L'insertion professionnelle — dans son insuffisance voire son improbabilité — est apparue comme un thème récurrent au fil des entretiens que nous avons réalisés. Julien\*, par exemple, a plus ou moins renoncé à trouver un travail qui lui convienne<sup>57</sup>, devant le constat

---

<sup>57</sup> Il a évoqué, lors de l'entretien réalisé en sa compagnie, des candidatures infructueuses formulées auprès de diverses entreprises, pour obtenir un poste d'hôte d'accueil à mi-temps (son état de santé ne lui permettrait pas d'envisager de travailler à temps plein)



de la profonde invalidation induite par sa fatigue et sa fatigabilité, liées elles-mêmes à son traitement médicamenteux et aux variations de son état de santé. Il semble *in fine* s'être résigné à adopter un mode de vie répétitif, routinier, dont la monotonie lui apparaît en même temps nécessaire à son équilibre<sup>58</sup> :

« [...] le truc, c'est que je ne sais pas si c'est le traitement ou quoi que ce soit, mais moi, j'ai des moments où je vais très bien, et c'est des moments où je voudrais avoir un job. Voilà, j'ai des moments où je me dis "bah non, c'est bien comme ça, je fais ma piscine, je lis mes livres, je joue à mes jeux vidéo, je joue de la guitare", et voilà. »

En septembre 2017, Julien\* avait tenté de reprendre ses études, pour obtenir un baccalauréat professionnel ; mais le rythme de ce cursus, l'exigence d'assiduité, de « présence psychique » et de ponctualité, s'étaient révélés incompatibles avec ses troubles et les effets des médicaments qu'il absorbe au quotidien. En amont de ce désistement, il avait participé à une formation spécifiquement aménagée pour des personnes handicapées, mais sans parvenir à la terminer, faute d'énergie physique et de répit vis-à-vis de ses problèmes d'insomnie. Ces deux déboires consécutifs l'ont invité à réaliser que son inactivité professionnelle n'est ni de son fait ni la marque d'une paresse éventuelle, mais plus précisément une conséquence indirecte de sa pathologie et du traitement dont elle fait l'objet :

« [...] quand j'ai repris mon bac pro électricité, j'emmenais mes anxiolytiques avec moi. Cette formation, *c'était trop*. Y'avait une fois, le prof m'avait dit "alors, comment ça se passe, le début ?". Je lui ai dit que rester quatre heures assis, j'avais perdu l'habitude, et le cours d'après, il a dit "puisque vous en avez marre de rester quatre heures assis, on va faire un peu d'atelier", et il nous a dit "vous allez me faire un branchement, [...] allez-y, faites des conneries". [...] Je me suis retrouvé avec mon binôme, et c'est mon binôme qui a tout fait, il m'a dit qu'il m'avait senti *un peu nerveux*. [...] Parce que nerveusement, je suis... Là, j'ai eu mon réveil tranquille, j'ai fait ma piscine, tout ça, ça va, donc nerveusement, *je peux encaisser*. Mais au bout d'une semaine, *avec les contraintes du réveil*, tout ça, *quand j'ai envie de gueuler* et que je le garde pour moi, ça me fait pas la même chose, quoi. »

<sup>58</sup> Quelques mois après notre entretien, Julien\* m'avait informée, par téléphone, d'une décompensation de son état psychique et de l'hospitalisation de deux semaines qui s'en était suivi. Cette réadmission à l'hôpital s'était réalisée en lien avec l'extrême « *frustration* » induite par la fermeture temporaire du stade nautique auquel il se rend plusieurs fois par semaine, pour « *se purger* » de ses médicaments, dans le contexte de mouvements de grève nationaux

« Cet été [2017], on a eu ce qu'on appelle le "Déclic'H". C'est l'Afpa qui faisait une formation. Tu venais un jour sur deux pendant un mois et demi, c'était mis en place par le Pôle Emploi pour les personnes en situation de handicap, et pour la réinsertion professionnelle. [...] J'y suis allé, j'ai tenu le rythme sans problème, y'a juste une fois où j'ai mal dormi la nuit, et ils m'ont ramené. J'ai demandé un lit et ils en avaient pas, ils avaient pas d'infirmier, donc ils m'ont mis sur un brancard, et la fille m'a dit "ça va vraiment pas, je te ramène chez toi". Et je suis jamais revenu. »

De même, Étienne\* s'était vu dans l'obligation d'abandonner la licence professionnelle<sup>59</sup> qu'il avait initiée, en 2015, alors « *entravé* » dans la réalisation des tâches à effectuer par sa fatigue et l'intensité de ses tremblements. Mais si l'interruption de ce cursus avait été plus ou moins « librement consenti », décidé par son sujet au regard de son propre sentiment d'invalidité, il n'en a pas toujours été ainsi dans le parcours universitaire et professionnel d'Étienne\*. A l'âge de vingt-huit ans, une rechute psychiatrique lui avait valu d'être hospitalisé — pour la deuxième fois de sa vie — puis examiné au sein d'un service de santé des travailleurs. Son interlocutrice s'était opposée à le laisser assurer ses fonctions, alors même qu'il venait tout juste d'obtenir la certification nécessaire au professorat des écoles. Cette situation avait suscité l'indignation d'Étienne\*, un profond sentiment d'injustice l'ayant invité à intenter un procès à la fonction publique — procès à l'issue duquel il a obtenu gain de cause, à savoir le droit d'exercer son métier, mais sans qu'un poste d'enseignant lui soit attribué :

« [...] en 2006, j'étais tout juste instit'. Je venais de me faire recruter dans l'académie de Montpellier, en tant qu'instituteur stagiaire. C'est comme si je venais de réussir le concours, et au bout d'un mois, j'ai décompensé. [...] Quelques semaines plus tard, quand j'ai quitté l'hôpital et que j'ai voulu reprendre mon boulot, [...] je suis passé devant la médecine du travail, et à la question "est-ce que vous avez déjà eu d'autres épisodes dans votre vie ?", j'ai eu le malheur de répondre "oui, oui, en 98, j'ai été hospitalisé quand j'avais vingt ans, en psychiatrie". Et là, c'est comme quelque chose qui s'est refermé derrière moi. Ils m'ont bloqué pour pouvoir reprendre mon boulot, ils m'ont poussé à prendre un arrêt, ce qu'on appelle un congé longue maladie, mais dont tu ne peux pas sortir comme ça. 'Fin, j'y connaissais rien, moi, j'ai dit amen. [...] Et de là, c'est devenu un *combat*, et en 2007, ils ont essayé de me virer à cause de la pathologie en déclarant que j'étais potentiellement dangereux pour les enfants. C'était ça hein, c'était marqué, sur l'avis du comité médical, "la pathologie considérée est *incompatible avec l'obligation de sécurité vis-à-vis des élèves*". [...] En 2006-2007, quand j'ai commencé à me dire "ah mais nan, c'est pas normal", tout le monde me disait

<sup>59</sup> Une licence 3 EEA (Électronique, Électrotechnique et Automatique) suivie à l'Université de Montpellier

“passe à autre chose, démissionne, ils vont te bouffer ton temps, ton argent, ta santé etc., ça va durer des années, et en plus tu vas pas gagner”. Et puis là, j’ai dit non quoi, *l’orgueil, le sentiment d’injustice* [...], donc j’ai dû aller jusqu’au tribunal. On n’a pas les Prud’hommes dans la fonction publique, on a le tribunal administratif, et la question a été résolue en 2010. Le tribunal m’a *reconnu dans mes droits*, et donc j’ai réussi à *gagner* contre le ministère. Et ça, *ça vaut tous les diplômes*. [...] Parce qu’en plus, je suis pas un terroriste hein, je me bats avec les mêmes arcanes qu’eux, avec le droit, et j’arrive à fouiller les textes, [...] et puis j’arrive à leur renvoyer dans la gueule, quoi. »

Au-delà des difficultés, réelles, dont un sujet porteur d’une pathologie psychique médicalisée peut faire l’expérience en termes de formation et d’insertion professionnelle, certains de nos enquêtés ont témoigné d’une forme de retrait social, de relations affectives altérées — amicales, amoureuses, intrafamiliales —, sous l’effet de leur médication psychotrope. Bien qu’il ne soit plus soumis à un traitement quotidien, Basile\* décrit l’ambiguïté des conséquences psychiques et pratiques des anxiolytiques qu’il consomme ponctuellement, lorsque ses angoisses le submergent suffisamment pour se répercuter sur ses activités sociales — se rendre au cinéma, passer du temps avec ses amis. Dans de tels contextes, la prise d’un médicament potentialise sa sortie à l’extérieur en réduisant l’invalidation inhérente aux symptômes d’angoisse, mais nourrit néanmoins son indifférence vis-à-vis de ce(ux) qui l’entoure(nt), une absence psychique édulcorant le plaisir inhérent à de telles activités :

« En fait, si tu veux, par exemple, ce qui peut m’arriver, sans prendre de médocs, c’est d’être beaucoup trop angoissé pour aller au cinéma. Je te donne l’exemple du cinéma mais ça peut être n’importe quoi, aller voir des potes, ou... En fait, être beaucoup trop angoissé pour faire une chose en particulier. Prendre un anxiolytique, *ce qui te permet de le faire*, mais qui en fait, à côté, *t’amortit la gueule*. Tu sais que, OK, tu es sorti, OK, tu es devant ton film, ou OK, tu es avec tes potes, mais somme toute *t’en profites pas à cause du médoc*, quoi. Tu vois ce que je veux dire ? Donc en fait, *le truc te permet de le faire*, mais en fait *il te retire quelque chose du plaisir*, quoi. »

Concernant les relations intrafamiliales, et sans pouvoir préciser dans chaque cas si la prise en charge de la maladie des sujets concernés en a inauguré ou majoré la dégradation, elles semblent constituer une difficulté supplémentaire et douloureusement vécue par les patients au cours de leur parcours de maladie. Le diagnostic d’une pathologie psychique en vient à qualifier une forme de souffrance éprouvée et éprouvante, mais il se présente également

aux yeux et à l'intelligence d'autrui — les proches familiaux notamment —, comme la formalisation ratifiée et nommée d'une vulnérabilité multiforme, et susceptible de donner lieu à différentes réactions de leur part. La maladie et ses symptômes suscitent généralement l'inquiétude de proches désarmés, et celle-ci se traduit selon des modalités difficilement appréhendées par celui ou celle qui souffre. Le déni de la maladie, la (sur-)protection, l'infantilisation, la culpabilisation, la désertification, la peur et le rejet, n'en constituent que quelques exemples. Mais plus encore, les réactions et les attentes des proches familiaux seront différemment perçus par la personne malade : suivant son âge, sa personnalité, son caractère etc.

Étienne\* décrit en effet de « *gros passages à vide avec [s]a famille* », exception faite de sa mère, qui l'a « *toujours soutenu pour le meilleur et pour le pire* »<sup>60</sup>. L'infantilisation dont il a pu faire l'objet concourait à sa propre dévalorisation aux yeux des autres. Dans le même temps, cette réaction « protectrice » traduisait les sentiments contrastés de ses proches vis-à-vis de la rupture induite par l'irruption de sa maladie — plus spécifiquement la bouffée délirante qui l'a conduit à l'hôpital à l'âge de vingt ans. Ils reconnaissaient alors implicitement, selon Étienne\*, la fin de l'avenir radieux annoncé par son brillant intellect, l'évanouissement d'un mythe familial de réussite et en dépit de la réussite de ses deux années de classe préparatoire etc. Les choix de vie qu'il a opérés — à dessein ou en l'absence d'alternatives plus satisfaisantes — ne recueillent pas l'approbation démonstrative de tous les membres de sa famille, mais c'est plus particulièrement l'implicite de leurs déceptions, souvent criantes à force d'être retenues, qui suscite chez lui une forme d'amertume :

« Bah, y'a une forme d'infantilisation. Alors soutenant, non, je dirais pas ça. Non, non, y'a pas beaucoup d'empathie ou de compassion de la part de ma famille, c'est plutôt de me voir, je crois... Et attends, là, j'ai envie de les faire parler, mais je sais pas exactement comment ils pensent. Mais j'ai l'impression qu'on me voit comme un *adolescent attardé*, d'être avec mes 40 ans là, célibataire sans enfant, sans responsabilités, sans avoir fondé quoi que ce soit, tandis qu'eux ont un boulot, une vie de famille et machin. On me prend pas au sérieux en tout cas, alors que justement, j'étais *le modèle de l'enfant brillant* jusqu'à ce que je sois étudiant, et, comment dire... Je devais *incarner* quelque chose au niveau de la famille. [...] Ouais, *sur les rails*, quoi. Et là, de crise en crise, d'hospitalisation en hospitalisation, d'échec en échec, 'fin, des représentations qu'on a tous, hein. Qu'est-ce que c'est que *réussir une vie* ? Généralement, à l'ère du capitalisme, ça va avec une bonne réussite professionnelle, sociale, avec un bon compte en banque, etc., et donc si tu corresponds pas à ça, t'es plutôt en position d'*échec*, et du coup, oui, j'ai été assez *déconsidéré* par ma famille, du fait que je puisse pas *me plier* à ces exigences sociales-là [...]. »

<sup>60</sup> La mère d'Étienne\* souffre elle aussi de troubles de la bipolarité

« Ma mère était super rassurée quand j’allais pas bien, quand j’étais une larve, quand je faisais de l’hypersomnie et que pendant quinze heures par jour, je dormais, je ne m’occupais de rien, qu’elle était à mes petits soins pour faire la bouffe, pour faire les courses, pour faire tout<sup>61</sup>. Il fallait que je sois *spectateur*, et certainement pas acteur de quoi que ce soit, ça lui allait très bien. Mais dès que je regagnais en énergie, que je retrouvais comment exprimer une volonté, un désir, une énergie, *elle me coupait les pattes*. Elle était là pour *me contraindre*, avec chaque fois les mêmes *menaces*, “ah mais ça va recommencer, ça va recommencer !”. La carotte et la bâton, sauf qu’il y avait pas de carotte, quoi ! Mais y’avait le bâton ! »

L’aspect social des handicaps iatrogènes s’avère d’autant plus flagrant que le sentiment d’invalidation naît souvent des comparaisons effectuées par les sujets porteurs de pathologies psychiques : avec leurs amis, avec celles et ceux en compagnie desquels ils ont pu effectuer leurs études, avec leurs frères, leurs sœurs, leurs cousin(e)s du même âge, lorsque leurs parcours respectifs témoignent d’une forme de réussite sociale. Hulu\*, issue d’une nombreuse fratrie, souffre par exemple des déviations récurrentes des sujets de conversation débattus avec son père, au sujet du « *chat, de trucs anodins et futiles* », des relations de couple et réussites professionnelles de ses frères et sœur, tandis qu’elle aimerait pouvoir évoquer les difficultés qu’elle-même a pu rencontrer, extérioriser ses problèmes quotidiens. De même, Julien\*<sup>62</sup> côtoie ponctuellement un ami d’enfance désormais « *chef de cuisine dans un grand restaurant* » en Loire-Atlantique et père de deux jeunes enfants : une forme de réussite sociale et familiale laissant notre enquêté rêveur, comme privé d’un tel bonheur sous l’effet de ses troubles et de leur traitement médicamenteux.

### ■ Incorporer un médicament et accepter ce qu’il veut dire

Un traitement médicamenteux — *a fortiori* lorsqu’il est censé faire l’objet d’une prescription au long cours — est imprégné d’une multiplicité de symboles, potentiellement blessants et stigmatisants à l’adresse des sujets contraints de l’absorber. Ses effets — recherchés et secondaires — ne suffisent pas à rendre compte de l’extrême pluralité des transformations physiques, psychiques et sociales inhérentes à la consommation de telles substances. Tel qu’en

<sup>61</sup> Etienne\* avait ré-éménagé au domicile de sa mère, de 2013 à 2015, lorsque des attaques de panique récurrentes ne lui permettaient plus de vivre seul ni de disposer des ressources financières nécessaires au paiement d’un loyer à Montpellier

<sup>62</sup> Pour rappel, Julien\* est âgé de 38 ans

témoigne le partage du vécu de nos enquêtés, l'absorption d'un médicament psychotrope signifie, à rebours, l'incorporation d'un statut de malade, dont émanent à la fois une dégradation de l'image de soi et une forme de disqualification sociale venant à se loger au plus profond de la chair et de la subjectivité. Ces éléments contribuent à expliquer les réticences des sujets vis-à-vis de leur médication, et plus particulièrement durant les premiers temps de leur carrière de patient psychiatrique : accepter son traitement signifie également une reconnaissance relative des troubles motivant ses prescriptions personnelles.

Hulu\*, par exemple, n'a consenti à faire preuve d'observance thérapeutique qu'à partir du moment où elle a pris conscience d'une récurrence de ses décompensations psychiques, et qu'elle l'a attribuée au refus continu de son traitement. Les répercussions toujours plus destructrices, éprouvantes, aliénantes de ses bouffées délirantes l'ont invitée à « *changer de stratégie* », et le constat d'une stabilité retrouvée l'ont confortée dans l'idée que son traitement revêtait certes des aspects contraignants, mais qu'il pouvait l'aider à prévenir la dégradation de son état de santé. L'astreinte à une consommation quotidienne des substances psychotropes l'assimilait à un statut de malade dégradant, de même que l'annonce médicale de la chronicité de ses troubles et des traitements, lors des premières prescriptions, avaient suscité son déni — une réaction défensive *in fine* périlleuse :

« Avant, je voyais l'étiquette "pathologie" (*hausse le ton*) à travers le médicament, et ça me rappelait tous les jours que j'étais malade, ça me rappelait tous les jours que j'avais des bouffées délirantes, et c'est pour ça que je l'arrêtais en fait. C'était pour me convaincre que je n'étais pas malade, que ce n'était pas en le prenant que j'aurais pas de bouffées délirantes. Et puis maintenant, les seuls contraintes, c'est de l'oublier, et puis c'est tout. Mais avant, ça me rappelait ma maladie... Le médicament m'identifiait à tous ces souvenirs, tout... Hum ! »

Le jour où le médecin-psychiatre qui la suivait, lors de l'hospitalisation suivant son accident de voiture, lui a prescrit des médicaments neuroleptiques, pour la première fois :

« Je m'en souviens très bien parce que le psychiatre m'avait dit : "et les médicaments, ce sera à vie". Donc pour moi, c'était "ouais, cause toujours, je ne vais même pas aller à ta pharmacie de merde", et puis finalement, j'y suis jamais allée, à la pharmacie. Et je lui ai dit ouvertement, "moi, de toute façon, je ne veux pas de médicaments, je me sens bien, [...] je l'assumais. »

C'est au fil de son expérience qu'elle estime avoir acquis la réflexivité nécessaire à l'acceptation de son traitement, et que d'une manière relativement paradoxale, « *[elle] ne [s]'estime plus trop malade* », et ce « *grâce aux médocs* ». Un tel respect des prescriptions la prémunit des

rechutes, mais lui a également permis de conquérir la confiance de ses thérapeutes — « *on me prend plus au sérieux maintenant, [...] on dialogue comme des adultes* » — et de ne plus subir la contrainte, le droit de regard de ses parents vis-à-vis de sa consommation de médicaments. Hulu\* témoigne d'une certaine satisfaction vis-à-vis du respect de son traitement, sans pour autant avoir à lui accorder une place centrale parmi ses préoccupations quotidiennes. Son autonomie médicamenteuse a donc également ouvert la voie à une forme de « *tranquillité* » vis-à-vis de ses parents, dont l'inquiétude avait pu se traduire, par le passé, par une infantilisation et une surveillance vécues comme un fardeau supplémentaire. Les médicaments constituaient alors un sujet de discorde, le pilulier un objet traduisant la vieillesse prématurée d'une jeune femme seulement âgée de dix-neuf ou vingt ans :

« Mais après, je l'assume pas complètement [le traitement] parce que je pourrais le mettre tous les matins à côté de mon bol (*tape sur la table avec ses ongles*), me faire un pilulier, mais c'est là que pour moi, je serais vraiment malade, quoi ! (*rires*) Une petite vieille quoi, arg ! Une fois, ma mère m'avait acheté un pilulier à la semaine, elle l'avait payé trop cher, quoi, et je peux te dire qu'il a pas fait long feu hein ! [...] *La maison de retraite*, c'est bon quoi ! [...] Pour qu'elle [sa mère] m'ait fait le pilulier à cette période-là... C'était la période où j'étais en béquilles, j'ai dû retourner chez eux [ses parents] parce que j'avais pas d'argent, pas de lieu... [...] Ma mère m'a fait des piluliers, et chaque fois qu'on avait rendez-vous chez le psychiatre, avec eux, elle disait "tu les prends hein ! tu les prends tes médicaments !" [...] Ça se passait super mal. »

Julien\*, quant à lui, a d'autant plus mal vécu sa première prescription de médicaments psychotropes, à l'hôpital, que cet événement succédait tout juste à la reconnaissance de son handicap psychique et à l'annonce de l'obtention, ambivalente, d'une Allocation adulte handicapé (AAH)<sup>63</sup>. Il avait assimilé sa mise sous traitement et la reconnaissance médicale et administrative de ses troubles à une forme de condamnation à mort de son existence sociale : au rejet de la part d'autrui, à une vie affective et amoureuse éternellement inexistante, ou encore à une inactivité professionnelle durable. Ses propos, révoltés, lui avaient d'ailleurs valu le constat médical d'une forme d'agressivité, ainsi qu'une hospitalisation psychiatrique sous contrainte :

« J'ai eu l'assistante sociale, qui m'a appelé en me disant "est-ce que vous la voulez cette pension, oui ou non ?", et je lui ai dit "mais moi, le problème, c'est que la pension adulte handicapé, une fois qu'on est handicapé, pour trouver un

<sup>63</sup> Le formulaire de requête d'AAH de Julien\* avait été complété par sa mère, auprès de la MDPH° et en dépit de son accord, lorsqu'elle avait constaté que son état de santé dégradé annonçait l'incapacité de son fils à financer le loyer de son appartement

couple, c'est moins évident, et moi *j'ai envie de mener une vie normale, quoi*". Et quand je suis arrivé à l'hôpital après mon malaise dans un café, je suis tombé sur une généraliste, et je lui ai dit, "la situation d'adulte handicapé, *on vous coupe les couilles* quoi, parce qu'après, y'a plus de travail, c'est bouché, et pour se faire une vie de couple, c'est pas évident". Et je leur ai dit, "si je veux baiser, la solution pour moi maintenant, c'est d'aller en Hollande et de me faire des putes, quoi. »

La question du stigmatisme de la souffrance psychique, de la marque d'une déviance elle-même peu ou prou induite par la consommation régulière de médicaments psychotropes, contribue à façonner le rapport des sujets traités vis-à-vis des substances qu'ils ingèrent. Les effets de ces traitements peuvent se muer en signe de reconnaissance des patients-usagers entre eux, mais aussi attirer l'attention d'autrui sur des signes d'« anormalité », par exemple en étant attribués à des addictions. Anna\*, dont les pupilles ont tendance à se dilater sous l'effet de son régulateur d'humeur, préfère rétorquer à celles et ceux qui le remarque qu'elle consomme de la drogue, plutôt qu'un traitement psychotrope signifiant le vécu d'une pathologie psychique. De même, elle a désormais appris à « repérer » les usagers de services de psychiatrie, parmi ses collègues de travail et les autres personnes qu'elle rencontre, et y perçoit un critère d'affinités électives dans les relations amicales :

« Ça devient quand même plus normal, la psychiatrie, tout ça, mais bon, je vois bien sur le plateau où je travaille, *qui* prend ces médicaments-là. *Ça se voit*. Moi, y'en a qui m'ont sorti... Ben moi, les médocs me rendent les pupilles dilatées, et y'en a un qui m'a sorti "t'es sous coke, toi, hein !". Donc j'ai préféré dire, à la rigueur, que je suis sous coke que dire "ben non, c'est les médocs". Et là, il aurait tout de suite compris que c'est les psychotropes, quoi. *C'est moins gênant*. »

« Moi j'arrive à voir qui... 'Fin dans la rue, tu arrives à voir *qui a pu en faire* [de la psychiatrie], ça se voit. Puis, quand tu connais un peu plus les gens, tu remarques... Puis ça te permet en fait, 'fin moi je sais que je m'assemble très facilement aux gens qui ont des fragilités, et en poussant un peu plus la curiosité, je sais que du coup, ils en ont fait, et *je me trompe très rarement*. Même là où je travaille, je m'assemble avec des gens qui ont connu ça, en fait. [...] Et pourtant, au premier abord, tu le vois pas forcément sur la personne, mais... 'Fin, je sais avec qui je m'assemble, et qui s'assemble se ressemble, comme on dit. Toujours ! »

D'un point de vue plus symbolique, Anna\* décrit l'absorption d'un médicament psychotrope — dès sa première occurrence — comme une incorporation de l'institution psychiatrique, comme le fait de laisser entrer, dans son corps, le système de prise en charge tout



entier. Les médicaments traduiraient, selon elle, de captieux dispositifs dont on ne pourrait plus totalement s'émanciper dès lors que l'on y a recouru et créant une forme de dépendance, d'où se profunde réticence à « *replonger dans le système du médoc* » :

« [...] j'ai *peur* que la psychiatrie *reste*. J'ai l'impression que *tous ceux qui connaissent la psychiatrie la connaîtront toujours*. [...] 'Fin, c'est tout con, mais... Tu commences à fumer, ça reste toujours en toi, t'es susceptible de retomber là-dedans. Bah là, c'est un peu pareil. Au moment où tu commences à avoir des symptômes, tout de suite tu te diriges vers elle, on te file des médocs, pour ne pas être *forcé*, et que ce soit elle qui te *prenne*. Pour avoir quand même un *contrôle*, en fait. »

La consommation régulière de médicaments prescrits en vue de réduire la prégnance de symptômes psychiques suppose également, dans l'idéal, le respect de principes d'hygiène de vie relativement stricts. Il s'agit d'un régime à la fois contraignant au quotidien, et susceptible de réactiver le stigmate psychiatrique en ce que ces contraintes contreviennent à certaines pratiques adultes « normales ». Ainsi en est-il de l'absorption festive de boissons alcoolisées, dont le refus peut être socialement perçu comme le signe d'un traitement au long cours ou d'une addiction passée. Et ces arguments ont contribué au refus d'un traitement quotidien de la part d'Étienne\*, qui ne constate pas de véritable amélioration de son état de santé lorsqu'il observe correctement son traitement et ne souhaite donc pas se priver, en outre, de consommations susceptibles de l'apaiser et de l'inviter à profiter pleinement de activités sociales :

« Ça finit par devenir un *automatisme*, de les prendre régulièrement, ou le matin ou le soir, ou les deux, mais c'est *jamais très agréable*. C'est une *contrainte*, quand tu pars de chez toi pendant quelques jours, tu es obligé de prendre ta petite valise avec tes médicaments. Et puis, il paraît que t'as *pas le droit* de boire de l'alcool avec, parce que ça démultiplie les effets ou ça les inhibe, donc tu dois *adapter ton mode de vie* au traitement que tu prends. Nan, c'est *pesant*. [...] Quand on parle de *bénéfices-risques* des médocs, il faut s'interroger quand même. »

Les conséquences multiformes des traitements psychotropes, ainsi que la nécessaire « acceptation » d'un statut de malade et de handicapé psychique — un statut reconnu, ou

non, d'un point de vue médical et administratif, avec ou sans Reconnaissance qualité travailleur handicapé (RQTH<sup>o</sup>) et Allocation adulte handicapé (AAH) — induisent *in fine* un rapport singulier des sujets traités à leur parcours de soins et à leur histoire personnelle. Une nouvelle fois, une certaine ambivalence s'ajoute à la complexité des relations — aux professionnels, aux pairs, amis et proches familiaux, celles et ceux que l'on ne connaît pas — et dans le rapport à soi-même. L'évocation des années antérieures à l'irruption de la maladie et à l'inauguration d'une carrière de malade se teinte parfois de sentiments de nostalgie, de la souffrance de constater l'amplitude élargie du champ des possibles de l'« avant ». C'est non sans émotion que Julien\* évoque son attractivité professionnelle révolue, l'époque où son *curriculum vitæ* témoignait de sa capacité à répondre aux attentes du marché de l'emploi :

« Là, j'ai un trou dans mon CV, je le meuble, je mets du faux travail, mais sinon, j'ai un trou phénoménal dans mon CV, quoi. Je suis arrivé en 2014, 2013 [dans la région dans laquelle il vit encore actuellement], j'ai pas travaillé depuis, donc cinq ans sans travailler... Une boîte, elle aime pas trop ça, quoi. Elle se pose des questions, et puis après, ben voilà quoi. [...] Quand j'ai eu mon BTS, je sentais bien que *toutes les portes s'ouvraient*, parce que *j'étais frais, dispos, efficace, lucide et opérationnel*. Je sortais d'une période où je travaillais beaucoup, et c'est ce que voulaient les entreprises, alors que maintenant, pour me mettre au travail, *c'est pas que je rechigne, mais c'est dur*. »

## NÉGOCIATIONS, CONSENSUS ET « BRICOLAGES » : LE SOCIAL EN TENSION ENTRE SAVOIRS ET POUVOIRS

L'absorption d'un médicament psychotrope s'inscrit dans une multiplicité et une complexité d'interactions sociales : avec les équipes soignantes, les proches familiaux et amicaux. Mais une telle consommation influe également sur les relations entretenues avec des personnes peu ou prou accoutumées à la confrontation à la souffrance psychique des soignés. Une telle configuration relationnelle se décline sous plusieurs types de réactions possibles, s'enchevêtrant elles-mêmes dans l'élaboration d'une expérience intime et sociale singulière. Le sujet élabore, au fil de cette expérience, un savoir multiforme qui lui est propre et qui se présente tout autant comme un objet et un support de pouvoir, que celui d'une autonomie éventuelle vis-à-vis des soignants et d'autres catégories professionnelles impliquées dans l'accompagnement de son parcours de maladie. De telles dispositions à l'autonomie sociale se présentent également comme le support d'une collaboration thérapeutique nourrissant, à son tour, la responsabilisation d'un bénéficiaire de soins psychiatrique vis-à-vis de sa trajectoire psychosociale et son emprise sur les traitements qui lui sont prescrits.

### ◆ Pluralisme des savoirs et compétences négociées

La problématique du « pluralisme des savoirs » traduit, dans la perspective inhérente à notre étude, la multiplicité de sources d'informations dont dispose un usager-consommateur au sujet des médicaments psychotropes qui lui sont proposés. Cette connaissance émane, dans un premier temps, de l'acquisition de compétences et de culture à propos de son traitement, par l'intermédiaire du praticien qui les lui prescrit et des modalités relationnelles par lesquelles il se lie à ce médecin. Son savoir ne saurait toutefois se circonscrire aux informations que ce dernier lui communique.

Porteur d'un capital culturel, intellectuel, professionnel et relationnel — un capital accru sous l'effet d'éventuelles activités associatives, de la littérature existante, de formes de réseautages... —, un sujet porteur d'une affection psychique chronique et recevant des traite-

ments psychotropes développe une capacité d'émettre son propre discours à l'égard des médicaments. Au-delà d'évaluer la véracité et l'objectivité des propos tenus, il s'agit bien là de reconnaître l'existence de cette capacité, ainsi que sa dimension éminemment sociale : de la réflexivité sur la consommation et le rapport que le sujet entretient aux substances qui lui sont indiquées, jusqu'au contexte social au sein duquel elles sont prescrites — un contexte hospitalier ou non —, et notamment l'aspect relationnel vis-à-vis du thérapeute. De tels discours peuvent aussi faire porter leur voix, d'un point de vue à nouveau social, suivant différentes modalités d'expression : des appartenances associatives<sup>64</sup>, des communications d'expériences personnelles entre patients, ou encore des contributions sur les réseaux virtuels.

Si le pluralisme des savoirs du patient est un fait reconnu par les médecins, ces derniers ne le valident pas pour autant en termes de compétences, ou d'éventuelles conséquences bénéfiques sur la relation thérapeutique et la mise en pratique des indications médicales. Et si le praticien reconnaît, chez son patient, ce capital culturel, intellectuel, professionnel et relationnel, ce n'est qu'en partie au nom de ce capital qu'il acceptera, ou non, la négociation des compétences dans le champ des médicaments, de leur posologie, mais aussi vis-à-vis du contexte dans lequel s'inscrit la prescription. L'espace de négociation en question est donc directement proportionnel à l'évaluation ou au ressenti médical de ce capital heuristique hybride. Le médecin demeure détenteur d'un pouvoir lié à sa pratique et au cadre institutionnel qui lui permet d'exercer sa profession en toute légitimité : le décideur qui octroie au patient un droit de regard inégal et instable sur leurs interactions, sur des compétences médicales dont le patient n'est pourtant pas qu'un destinataire passif.

Depuis une diversification et un éclatement des sources d'information ayant trait au champ médical, les « *compétences expérientielles* » (Akrich & Rabeharisoa, 2012 : 70) — celles que les usagers tirent de leur expérience personnelle — se voient complétées par des données multiples et émanant de diverses instances de renseignement, notamment celles fournies par l'outil Internet (Méadel & Akrich, 2010). Les consommateurs de médicaments effectuent ainsi une sorte de « *bricolage* » (Lévi-Strauss, 1962 ; Rhodes, 1984 : 51), à l'aune de savoirs profanes et de leurs propres expériences subjectives ; ces connaissances sont dès lors exploitables et

---

<sup>64</sup> Par exemple, Basile\* gérait bénévolement la plateforme-forum de l'association « Frontières Invisibles » sur Internet, avant qu'elle ne disparaisse du réseau Internet (avril 2018). Ce collectif visait à contribuer à la déstigmatisation de la maladie psychique auprès du grand public, à lutter contre les discriminations liées à de tels problèmes de santé, et à représenter et défendre l'intérêt des usagers de la psychiatrie. Cette activité permettait à Basile\* de concilier ses compétences en informatique et que ses connaissances issues, de sa propre expérience de patient. La thématique médicamenteuse apparaissait de manière récurrente, au fil des discussions menées sur ce forum

transmissibles. Ces « bricolages » s'avèrent d'autant plus incontournables que le savoir médical est à la fois complexe et technique, et que tel que nous en avons déjà témoigné, l'expérience d'un traitement varie sensiblement d'un sujet à un autre, et ce, suivant la configuration pathologique et sociale dans laquelle la consommation médicamenteuse en vient à s'inscrire

La littérature traitant de questions médicales, ainsi que les notices d'utilisation contenues dans les emballages pharmaceutiques, constituent des supports à partir desquels de nombreux patients sous médication psychotrope puisent les informations dont ils souhaitent disposer. Par exemple, à la sortie de sa première hospitalisation et en l'absence d'activité professionnelle, Anna\* dit s'être « *vraiment renseignée sur la psychiatrie* », « *avoir passé tout [s]on temps à [s]e renseigner* » au sujet du mode de fonctionnement de l'institution et des substances qui y sont prescrites. En dépit de l'extrême diversité des informations fournies et de la complexité du vocabulaire qui peut y être utilisé — du fait de la prégnance d'un « jargon » scientifique difficilement appréhendé par les moins expérimentés —, les notices des médicaments font parfois l'objet du vif intérêt des consommateurs ; un intérêt toutefois corrélé à leur « *rapport à la lecture et à l'écriture* » (Fainzang, 2001 : 67). Étienne\* a pris l'habitude de contrôler le contenu des notices, notamment lorsqu'il reçoit la prescription d'un médicament dont il n'a encore jamais fait l'expérience. Et bien qu'il estime ne pas être particulièrement compétent en la matière — mais que son discours laisse à penser tout le contraire —, il admet disposer de davantage de connaissances que certains des usagers qu'il a pu rencontrer, en contexte hospitalier ou en dehors de celui-ci. La réponse qu'il a formulée, lorsque nous lui avons demandé s'il disposait d'une « bonne » connaissance des traitements psychotropes et des effets des différentes molécules, en atteste :

« Oh là là, ça dépend, parce que quand tu regardes, rien que les antidépresseurs, entre les IMAO [inhibiteurs de monoamine oxydase], les ISRS [inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine] etc., savoir comment ça agit au niveau des synapses et des neurotransmetteurs, ça c'est un peu compliqué hein ! [...] Mais bon, oui, j'arrive à les reconnaître, les traitements, alors que bon nombre de gens que j'ai vu circuler dans les HP ou ailleurs, qui se retrouvent à *gober des pilules sans savoir ce qu'ils gobent...* Donc ouais, j'ai une *meilleure expertise*, mais je vais pas dire que je suis chimiste non plus, mais j'ai une meilleure expertise que bon nombre de gens qui passent en HP, oui. »

De même, Anna\* lit la notice d'un médicament dès qu'il lui est prescrit pour la première fois, dans la mesure où elle souhaite connaître l'intégralité des effets secondaires éventuels des substances qu'elle absorbe, au risque d'un certain « effroi »<sup>65</sup>. C'est d'ailleurs après avoir lu quels effets secondaires pouvaient survenir en consommant de l'olanzapine (Zyprexa®), dans l'une des rubriques d'une notice « *qui faisait vraiment peur* », qu'elle a refusé ce traitement et même cessé toute médication jusqu'à l'hospitalisation imposée par une nouvelle dégradation de son état de santé. Cet exemple atteste de cet écart souligné par Jean-Pierre Dupuy et Serge Karsenty (Dupuy & Karsenty, 1974 ; Fainzang, 2001 : 43), entre la prescription, l'achat et la consommation effective d'un médicament — ce que le corps médical conseille, ce que son patient retire en pharmacie, et ce qui fait l'objet d'une ingestion effective.

La manière dont Internet s'immisce dans la relation patient-médecin, tel un « *tiers nébuleux* » (Méadel & Akrich, 2010), fait régulièrement l'objet de débats contradictoires. Ses défenseurs assimilent ce moyen d'information et de communication à l'un des plus précieux ingrédients de la responsabilisation des patients et de leur émancipation vis-à-vis de l'autorité médicale. Les plus sceptiques, tout au contraire — en tout cas en ce qui concerne la télémédecine et les sources d'information médicale dématérialisées — formulent la crainte que de tels outils contribuent à rompre le contrat de confiance implicitement ratifié dans la relation thérapeutique, et qu'ils laissent parfois la part belle à des informations erronées ou de mauvaise qualité (*ibid.* : 41). Cécile Méadel et Madeleine Akrich proposent un argument plus conciliant à ce sujet, argument selon lequel « *l'impact de la présence de l'Internet entre le patient et le médecin ne peut pas se réduire à l'alternative perturbation-valorisation qui est souvent proposée* » (*ibid.* : 47).

L'intérêt suscité par les questions de santé parmi les internautes témoigne, à certains égards, de la prégnance croissante de la « démocratie sanitaire », du mouvement social et culturel d'autonomisation des patients-usagers décrit au sein de notre première partie. Le concept de démocratie sanitaire désigne en effet, selon la définition livrée par les Agences régionales de Santé (ARS), « *une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation* »

---

<sup>65</sup> La liste des effets secondaires éventuels contenue dans les notices des médicaments sont souvent d'une longueur impressionnante — pour les psychotropes comme pour des remèdes beaucoup plus banals, le paracétamol par exemple. Les symptômes décrits sont ceux dont ont pu témoigner les participants aux tests d'évaluation de la substance concernée en amont de sa commercialisation, et se comptant généralement par milliers. Les effets secondaires éventuels sont recensés, selon des exigences codifiées par les instances de décision sanitaires, suivant cinq catégories : « *fréquence indéterminée* » (fréquence ne pouvant pas être estimée sur la base des données disponibles), « *rare* » (pouvant affecter jusqu'à un patient sur 1 000), « *peu fréquents* » (pouvant affecter jusqu'à 1 patient sur 100), « *fréquents* » (pouvant affecter un patient sur 10) et « *très fréquents* » (pouvant affecter plus d'1 patient sur 10)

(Arveiller & Tizon, 2016). L'idéal de démocratie sanitaire vise une atténuation des tensions sociales liées aux questions de pouvoir induites par les situations de maladie, un équilibre de ces pouvoirs exercés par les différents groupes de sujets — politiques, médecins, usagers des services médicaux parfois réunis au sein d'associations ou de collectifs —, en rejetant toute idée de coercition.

La dynamique d'*empowerment*, corrélative à ces idéaux, qualifie ainsi, en santé mentale et concernant tout particulièrement la thématique médicamenteuse, « un processus dans lequel l'individu qui a connu la maladie mentale apprend à développer un sens de l'autodétermination vers ses propres objectifs », qui encourage « la redéfinition et [la] renégociation de l'identité de soi » (Jouet, 2014), mais aussi du rapport singulier qu'il entretient vis-à-vis des institutions médicales. L'usage d'Internet, lorsqu'il est voué à approfondir les connaissances d'un usager psychiatrique en quête d'informations au sujet de ses traitements, participe de sa responsabilisation, de son émancipation et de son « *autoformation* » (Jean-Marie Le Guen<sup>66</sup>).

Parmi nos enquêtés, les sources Internet semblent être couramment mobilisées dans la quête d'informations au sujet des médicaments et de leurs effets, ainsi que pour y lire les témoignages de personnes ayant expérimenté les traitements auxquels sont eux-mêmes soumis, ou qu'ils s'appêtent à suivre pour la première fois. Par exemple, Anna\* consulte régulièrement des sites traitant des substances elles-mêmes, et fait preuve de connaissances réelles au sujet du traitement qu'elle consomme quotidiennement, des avis médicaux qui s'y rapportent et du vécu médicamenteux d'autres patients :

« Le régulateur peut aussi traiter les crises d'épilepsie, et la lamotrigine [le thymorégulateur qui lui est prescrit] en fait, ça traitait pas la bipolarité, en premier lieu. Les chercheurs ont remarqué qu'elle régulait aussi l'humeur, mais en soi, c'est pas un traitement qui est censé traiter la bipolarité. Ils arrivent pas à prouver comment, mais...

« Après, l'antidépresseur qui m'a été prescrit, si je le prends pas, c'est parce que *la notice faisait vraiment peur*, quoi. Il y avait une étude qui était sortie, vers les États-Unis, parce qu'ils sont nettement plus calés sur la psychiatrie que nous en France, mais du coup, ça contredisait l'assemblage des trois [la lamotrigine, l'antidépresseur qu'elle absorbe quotidiennement et l'antidépresseur dont il est question ici], quoi. Sur des forums, y'avait une personne, plusieurs personnes qui disaient que c'était pas du tout bon, qu'ils avaient arrêté direct... [...] Non, la notice, elle est *vraiment dégueulasse*. J'ai eu aussi le Brintellix®, le dernier qui

<sup>66</sup> Député et médecin spécialisé dans les questions de santé publique, Jean-Marie Le Guen utilise l'expression d'« autoformation » dans un entretien diffusé sur l'un des sites Internet les plus populaires en matière de santé, celui de « Doctissimo » (cet entretien est cité in Méadel & Akrich, 2010 : 41)

est sorti, là, et qui donne une meilleure concentration. En fait, les antidépresseurs, ça a le problème de *nuire au cerveau*, comme la plupart des médicaments, à long terme. Et le Brintellix<sup>®</sup>, c'est le dernier qui est sorti quoi ; mais il effraie un peu les psychiatres. »

L'intensité de l'activité de nos enquêtés sur les plateformes dématérialisées et dédiées aux usagers de services de psychiatrie est variable. Certain(e)s ne souhaitent tout simplement pas contribuer aux discussions engagées, ni commenter les messages auxquels ils peuvent accéder. Si Basile\* est très actif sur ces forums, et qu'il a converti l'outil Internet en un double moyen d'information et de communication au sujet du vécu des médicaments psychotropes, Étienne\* et Julien\* manifestent davantage de prudence, voire de réticence vis-à-vis des publications des internautes. Ainsi le premier apprécie-t-il les témoignages de certains internautes-consommateurs sans pour autant souhaiter partager le sein, et le second évite-t-il de lire des appréciations individuelles jugées insuffisamment objectives et inutilement effrayantes :

**Étienne\* :**

« Ca m'est arrivé [de partager son expérience des médicaments sur un forum], mais c'était vraiment y'a très longtemps. Ca m'intéresse pas trop de discuter médicaments, de *donner ma parole* sur les médicaments, parce que je sais que *l'expérience de chacun est différente* de celle d'autrui, et donc même si moi, ça peut me rassurer de trouver des informations, et encore, me rassurer, c'est pas le mot... Mais à *titre informatif*, d'aller voir les expériences des autres pour me faire ma propre idée, d'accord, mais il me viendrait pas à l'idée d'être *force de propositions, modèle*, éclairant les autres sur la façon dont moi, j'ai vécu le fait de prendre tel médicament. »

**Julien\* :**

« Sur Internet, je regardais la description du médicament, donc antipsychotique, antidépresseur, anxiolytique... C'est ce qui m'intéressait, quoi. Ce qui a pu me faire *peur*, à un moment, c'est quand j'ai commencé à lire les avis. Là, il y a des gens qui réagissent très mal à certains médicaments, et c'est les effets secondaires, mais c'est un pourcentage plus ou moins infime du résultat du médicament, quoi. Les gens qui se plaignent le plus sont les gens qui se *sentent les plus lésés* par ces effets secondaires, donc il faut *relativiser* un peu, quoi. »

En ce qui concerne l'information relative aux médicaments psychotropes — sur Internet ou par l'intermédiaire d'autres supports —, Hulu\* adopte une tout autre « *stratégie* », elle-



même vouée à assurer la régularité de sa consommation : il s'agit du refus catégorique de prendre connaissance des données existantes. Si elle reconnaît la forme de « cadrage » qu'exerce la médication sur sa trajectoire de soins et la réduction d'une symptomatologie parfois invalidante, elle assimile un neuroleptique à une simple substance « *qui va faire un truc dans le cerveau* ». Toute l'ambivalence qu'elle manifeste envers son traitement se traduit par la manière dont elle lui attribue une efficacité envers les troubles qui motivent ses prescriptions médicales, mais tout en lui reconnaissant, identiquement aux périodes où ne faisait preuve d'aucune observance, une forte nocivité corporelle et psychique — plus particulièrement à long terme :

« Au début, je m'en foutais en fait, mais alors complètement. Je me disais “bah, si je suis obligée de le prendre, je le prends, je ne sais pas quel nom ça a, je ne sais pas les milligrammes”... Au début, j'étais très, vraiment, *je-m'en-foutiste* avec ça, hein. Je voulais pas, je voyais ça comme... Comme la cigarette en fait, *quelque chose qui te détruit, qui ne te soigne pas du tout*, et je leur disais “bah allez-y, détruisez-moi, allez-y, allez-y !”. Je préférais ne pas savoir ce que c'était vraiment, sinon *ça m'aurait encore plus détruite*. [...] Et puis moi, j'ai toujours eu un problème avec mon corps, ma tête, tu vois... Je me détruis très facilement, donc je m'en fous qu'on me rajoute *un truc qui me détruit encore plus*. Mais si c'était pour mon copain, quelqu'un dont je devrais prendre soin, *là je me renseignerais* sur les effets secondaires, tu vois. Sur la notice, sur tout, pour la personne, parce que je prête plus attention aux autres qu'à moi-même. »

Comme nous l'avons souligné, c'est tout particulièrement à l'aune de leur propre « *expertise expérientielle* » (Akrich & Rabeharisoa, 2012) que les usagers de substances psychotropes, conscients de la variabilité individuelle et contextuelle de leurs effets et conséquences, élaborent leurs savoirs et compétences médicamenteux. Ainsi Anna\* en témoigne-t-elle :

« De toute manière, les médocs de la psychiatrie, je les connais à peu près tous. Pas tous, mais j'en ai déjà énormément eu, quoi. Les principaux, une bonne vingtaine de médocs de la psychiatrie, quoi. J'ai les ordonnances et j'ai un paquet comme ça (*gestuelle mimant quelque chose de très épais*)... J'ai toujours des restes, mais bon... Je connais facilement les médocs, donc... »

Étienne\*, par exemple, fait preuve d'une grande maîtrise des dosages qui conviennent à la réduction d'une éventuelle résurgence de sa propre symptomatologie. Ayant constaté les effets excessifs que lui procuraient certains médicaments sous forme de comprimés, il a opté

pour une administration orale mais sous forme liquide, afin d'éviter que l'effet anxiolytique de la substance qu'il ingère anéantisse ses capacités physiques et intellectuelles :

« Par exemple, à la dernière hospitalisation, j'étais censé prendre du Loxapac<sup>®</sup>, donc c'est *un putain de neuroleptique*, hein. Moi, *il me casse en deux*, et je préfère largement le doser avec une pipette que le prendre sous forme de cacheton, parce que les cachetons, c'est 25 mg, moi 12, la moitié hein, ça suffit à me casser en deux. Donc quand j'en prends 25, je suis à *ramasser à la petite cuillère*, et puis tu peux le casser en deux, mais c'est pas prévu pour [i.e. ce médicament n'est pas fractionnable], et donc je préfère adapter le Loxapac<sup>®</sup> avec une pipette, en prendre la quantité que je souhaite, plutôt que des comprimés qui sont *trop balèzes pour moi*, hein. »

Enfin, l'élaboration des savoirs et connaissances des usagers se réalise également, au fil des années, par la transmission puis le partage d'expériences auprès de personnes qui, comme elles, ont fait l'objet de prescriptions psychotropes. Cet échange en vient par ailleurs à renforcer l'aspect éminemment social et socialisant des pratiques de médication<sup>67</sup>. Basile\* se souvient, par le passé, avoir questionné des connaissances ayant potentiellement déjà consommé les médicaments au sujet desquels il souhaitait obtenir un certain nombre d'information, notamment concernant la manière dont elles l'avaient vécu, les effets de ces substances etc. De même, Julien\* est d'autant plus satisfait de la relative légèreté de la dose d'antipsychotique qu'il reçoit, sous la forme d'une injection mensuelle — de l'Haldol Décanoas<sup>®</sup> — que cette dose est inférieure à celle prescrite à l'un de ses voisins :

« J'en ai deux ampoules toutes les quatre semaines. C'est pas beaucoup, je connais quelqu'un qui en prend cinq ou six, donc *c'est cool*. »

<sup>67</sup> Tel qu'en témoigne Hulu\* au cours de l'entretien réalisé en sa compagnie, les relations qu'elle entretient avec deux autres jeunes femmes de sa génération, rencontrées lors de séjours à l'hôpital, sont facilitées par un vécu similaire, par l'expérience commune de l'institution psychiatrique et de la souffrance psychique : « *On se comprend sur plus de points que d'autres personnes pour qui certaines choses restent des points d'interrogation, parce qu'on a quand même vécu la même guerre, quoi, tu vois.* »

Pour achever cette caractérisation du « bricolage » pratiqué par les usagers d'une médication psychotrope au long cours, nous exposerons la conceptualisation idéal-typique des savoirs médicaux livrée par l'anthropologue américain Allan Young (1981), résultant elle-même d'une complexification des modèles explicatifs décrits par Arthur Kleinman (1980). Dans la critique qu'il émet au sujet de sa propre discipline, et loin de dresser une typologie des modalités de savoir, Allan Young identifie les cinq processus cognitifs et expérientiels au fil desquels une personne souffrant d'un trouble psychique en vient à appréhender, comprendre et donner du sens à son monde vécu (Grard, 2011 : 362-363) :

- « 1) Il y a le savoir théorique d'une personne.  
 2) Il y a sa connaissance empirique des objets, événements et expériences qu'elle a observés ou auxquels elle est reliée. [...] Le savoir empirique prend en compte, quoique de manière sélective, la singularité des choses et des expériences.  
 3) Il y a son savoir "rationalisé", au sein duquel la personne conceptualise ces objets, événements et expériences de manière psychologiquement satisfaisante, c'est-à-dire à travers ses discours et mises en récit. De cette manière elle les rend ontologiquement cohérents avec ses croyances à propos de la nature du monde matériel d'une part et existentiellement congruents avec son ressenti à propos de la nature des autres personnes et de ses expériences passées.  
 4) Il y a son savoir intersubjectif, au sein duquel elle conceptualise les objets, événements et expériences en des termes communicables, accessibles aux autres dans un langage commun.  
 5) Finalement, il y a le savoir qu'elle produit en négociant le sens des objets, des événements et des expériences dans l'interaction avec les autres. » (Young, 1981 : 326 ; Grard, 2011 : 363)

Au titre d'une explicitation illustrative de la conceptualisation de Young, livrons, pour chacun des modes de connaissance décrits et contribuant au bricolage de savoirs concernant les traitements psychotropes, un exemple issu de notre terrain d'enquête :

1. Julien\* atteste, au cours de notre entretien, d'un savoir théorique profane au sujet des classes thérapeutiques auxquelles se rattachent chacune des substances qui lui sont prescrites et qu'il consomme au quotidien (anxiolytique, antidépresseur, antipsychotique ou « *antischizophrénique* », hypnotique...).
2. En termes des connaissances pratiques et empiriques, Basile\* évoque les risques inhérents à une consommation chronique de benzodiazépines :

« OK, moi, je suis pas psychiatre, mais c'est pas comme ça que ça s'utilise, une benzodiazépine. Une benzodiazépine pour moi, ça s'utilise de façon ponctuelle, parce que le sevrage, c'était vraiment dur, ça rend vraiment malade, quoi. »

3. Basile\* s'efforce de rationaliser son expérience personnelle des traitements, de la rendre la plus intelligible possible sur plusieurs forums Internet, afin de contribuer à l'information d'usagers potentiellement inaccoutumés au langage médical et psychiatrique.
4. Enfin, l'expérience intime des traitements peut donner lieu à des négociations, au sein de conversations informelles ou de consultations médicales, au sujet de ce qu'est ou n'est pas un médicament, les effets qu'il induit ou non. Par exemple, Julien\* reconnaît que l'ingestion de Loxapac<sup>®</sup> peut être efficace pour certains usagers, mais pas dans son propre cas (« *Je suis allé voir le médecin, je lui ai dit "voilà, je me contente du Lysanxia<sup>®</sup>, je prends pas le Loxapac<sup>®</sup> parce que je sens pas l'effet", et elle m'a dit "bon bah, je vous l'enlève" »*).

## ◆ Pluralisme thérapeutique et autonomie négociée

Une telle pluralité de savoirs et de compétences profanes nourrit toute la complexité des trajectoires de soins psychiatriques. Elle démontre et traduit les marges de manœuvre dont dispose un patient et dans quelle mesure il peut être acteur de sa maladie et de ses traitements, ou encore comment il peut être reconnu comme associé à son traitement par le corps médical, au regard de ce savoir. Ces multiples aspects dessinent le champ des négociations dont les traitements médicamenteux font l'objet, au sein de la relation thérapeutique, ainsi que des diverses formes d'autonomie qui en découlent. Cette autonomie ne concerne pas uniquement le sujet-usager de soins dans son rapport à la consommation psychotrope, aux contextes de prises et aux thérapeutes. Elle potentialise aussi une autonomie réciproque, dans la mesure où les compétences profanes concourent à l'autonomie des médecins eux-mêmes, à la construction d'un projet de soins appelant à la contribution d'une pluralité d'intervenants et celle de leurs volontés respectives — le sujet souffrant d'une pathologie psychique, les thérapeutes, les familles et proches, voire des associations d'usagers.

La « gestion autonome de la médication » requiert donc une collaboration, étroite, de tous les acteurs concernés dans l'élaboration des conditions de traitement d'un patient, tout autant que la prise en compte de sa réalité vécue (Palazzolo *et al.*, 2008 : 718). Dans sa thèse d'anthropologie, le médecin-psychiatre Jérôme Palazzolo révèle l'attachement de sa propre posture intellectuelle et professionnelle au « consentement libre et éclairé » d'un sujet de soins, en livrant de cette « gestion autonome » la définition qui suit :

« Une gestion autonome signifie le droit et la possibilité pour toute personne recevant des médicaments d'être informée sur les raisons, la pertinence, les effets secondaires et le mode d'utilisation de la médication prescrite ; d'être avertie des alternatives possibles à cette médication et d'être encouragée à les utiliser si nécessaire ; de pouvoir négocier avec le prescripteur le type de médicament, la dose, la fréquence de prise [...], de décider de diminuer — voire d'arrêter — toute médication totalement ou partiellement, définitivement ou provisoirement, en étant accompagnée dans ce processus par le médecin prescripteur ou adressée à un autre professionnel de la santé capable et désireux de faire cet accompagnement. » (Palazzolo, 2004)

Cécile Méadel et Madeleine Akrich (2010 : 45) soulignent par ailleurs les multiples bénéfices de l'information des patients, d'un consentement plus éclairé auquel les ressources d'Internet, notamment, peuvent contribuer. Les usages médicamenteux et les comportements des usagers en viennent ainsi à s'articuler aux prescriptions médicales, sans pour autant les

concurrer. Lors de leur enquête, ces deux sociologues avaient même constaté que l'appréhension profane de la rationalité technique inhérente à la médication, peu ou prou vulgarisée par l'intermédiaire des patients réunis au sein de collectifs ou se prononçant en leur propre nom, pouvait donner lieu à un « *paternalisme inversé* », « *le souci [d'un usager] de protéger son médecin contre ce qu'il pourrait interpréter comme une remise en cause de sa compétence* ». Certaines des décisions prises par les usagers de médication psychotrope attestent parfois, elles aussi, d'une rationalité extrêmement poussée.

Ainsi en est-il de la désaffection exprimée par Étienne\* vis-à-vis d'une perte de temps excessive et liée à l'ingestion d'un traitement quotidien. Il y a quelques années, il avait formulé une requête d'injection-retard auprès de l'un de ses thérapeutes, lorsque la substance concernée lui était prescrite sous forme de comprimés, et après avoir effectué un chronométrage de la séquence d'ingestion qui rythmait alors son quotidien. Sa démarche, qu'il décrit avec le plus grand sérieux, ne constitue *in fine* qu'une application pratique de son esprit scientifique, y compris à travers des gestes aussi prosaïques de l'absorption quotidienne d'un médicament :

« Quand j'avais demandé l'injection, à une époque, c'était pas trop contre l'oubli, mais pour me dire "voilà, j'ai une piqûre tous les vingt-huit jours", plutôt que trois pilules à prendre par jour quoi. Je regardais le temps que ça me prenait, il me faut trente-sept secondes pour prendre mes trois pilules chaque jour, multiplié par vingt-huit jours, eh ben, je passe même moins de temps à me faire une piqûre, à faire venir une infirmière qui me fasse une piqûre, plutôt que prendre ces trois *satanées* pilules. »

Si Julien\* a pu, lui aussi, formuler une demande d'aménagement de sa prise en charge — le passage quotidien d'une infirmière à domicile, lui déposant la quantité de médicaments strictement nécessaire chaque matin —, le parcours de soins d'Hulu\* décrit bien une telle conquête, progressive, d'autonomie. Cette possibilité d'expression et de décision n'allait pas de soi la concernant, et c'est au fil des ans et des hospitalisations qu'elle s'en est emparée pour devenir véritablement actrice de sa trajectoire psychosociale. Ainsi décide-t-elle désormais d'effectuer un séjour à l'hôpital, dès lors qu'elle constate que son état de santé s'est dégradé, sous l'effet d'une consommation médicamenteuse irrégulière ou interrompue. Les premières années de son cheminement en psychiatrie ont été marquées par des hospitalisations auxquelles elle ne consentait pas — en hospitalisation d'office (HO) ou à la demande d'un tiers

(HDT) —, dans un contexte de bouffées délirantes et de perte d'emprise sur la réalité. L'instauration d'un climat de confiance entre Hulu\* et les équipes soignantes a ainsi contribué à ce que certaines décisions pénibles — hospitalisations incluses — fassent l'objet d'une demande formulée par la jeune femme elle-même, dont les compétences d'autoévaluation de son état de santé s'en trouvaient ainsi reconnues :

« C'est sur *ma volonté*, sur *ma demande*, et j'y vais au moment où je sais que je peux craquer, ou que je peux faire une bêtise, des moments où je peux m'en prendre à moi-même. Mais maintenant, ces moments-là, j'arrive à les appréhender, et mon mode de fonctionnement, c'est de m'isoler complètement, d'être encadrée *médicamen...* Médicalement, où je sais que les médicaments et l'hôpital recadreront tout ça. [...] C'est moi qui décide d'y aller, personne ne m'impose, et les personnes du milieu médical voient bien que j'ai la tête sur les épaules, et elles me prennent plus au sérieux, donc *leur regard change*, et comme *mon regard a changé* aussi... »

Hulu\* exprime une forme de valorisation de sa personne et de ses choix thérapeutiques dès lors qu'elle y entrevoit une forme de concertation, qu'elle se sent intégrée à un processus de soins auquel elle en vient à adhérer. L'ouverture d'un dialogue avec ses thérapeutes lui permet ainsi de proposer des alternatives, de prendre des initiatives qui tendent vers son rétablissement :

« Mais le pire dans tout ça, c'est vraiment quand *on t'impose tout*, en fait. Parce qu'aujourd'hui, je veux dire, c'est *moi* qui demande l'injection [traitement neuroleptique sous forme d'injection-retard mensuelle] ; à l'époque, on m'imposait l'injection l'AAH, tout, tout, tout *comme une gamine de cinq ans*, la tutelle, les trucs comme ça... Au jour d'aujourd'hui, j'ai la tête sur les épaules pour dire "bah, c'est une curatelle simple qu'il me faut, [...] OK, peut-être la reconnaissance handicapée, mais peut-être plus l'AAH maintenant"... Je peux réfléchir par moi-même et je serais capable de reprendre exactement les mêmes décisions qu'on a prises *pour moi*, mais le fait qu'on les ait prises pour toi-même, c'est *dégradant*. »

Ainsi évoque-t-elle les modifications de son traitement, de son dosage, en en attribuant l'initiative à une troisième personne indéfinie — un « on » équivalant ici à la forme oralisée d'un « nous » —, ce qui indique bien l'esprit de collaboration et d'information mutuelle, la démarche consensuelle et négociée inhérents à de telles décisions thérapeutiques :

« À un moment, j'avais 60 mg d'antidépresseur, après *on* est passé à 30 mg, après à 10 mg, et des fois *on* réaugmentait parce que j'avais des petits passages difficiles, mais *on* a baissé à un moment où j'étais très (insiste) euphorique, je sentais que je pouvais redérailler facilement, et ça c'était dû à l'antidépresseur, elle [son médecin] me l'avait dit. »

Le cas d'Anna\* illustre, lui aussi, sa capacité à prendre une forme de distance vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses qui lui sont adressées, suivant des événements de vie quotidiens dont elle gère les éventuelles répercussions sur son état de santé, sans pour autant ressentir le besoin d'en informer son médecin. Disposant en permanence de comprimés anxiolytiques dans son sac à main, elle peut ainsi y recourir, dès lors qu'elle en ressent le besoin : « *Je sais que j'ai toujours de l'Atarax® avec moi, au cas où, et si vraiment je suis pas bien, bah j'en prends un, pour me détresser, quoi* ». De même, et bien qu'elle s'astreigne à la consommation régulière du régulateur d'humeur qui lui est prescrit, c'est en toute autonomie qu'elle décide parfois, dans des contextes bien particuliers, de « sauter » une ou plusieurs prises. Consciente des effets délétères de l'association médicaments-alcool/stupéfiants, elle ne souhaite pas pour autant renoncer à participer à des activités sociales et autres événements festifs et alcoolisés, lorsqu'elle en a l'opportunité. Elle procède donc à quelques aménagements en la matière :

« Par exemple, quand je les prends pas, c'est parce que j'estime que... Je les prends pas à partir de 22h30-23h, parce que je sais qu'après je me réveille pas le matin, j'ai la tête enfarinée. Quand je sors avec les gars [ses amis masculins] aussi, je sais que ce soir-là, je vais pas les prendre. Si je sors pendant deux jours, je dors pas pendant deux jours, et si j'avais pas les médocs, je dormirais pas. C'est grâce à eux aussi, quelque part, que je dors, donc *j'adapte*. »

Une telle « *alliance positive* » (Rodriguez del Barrio & Poirel, 2007 : 122) avec les professionnels constitue dès lors l'un des principaux vecteurs d'une gestion autonome de la médication, ajoutée à l'importance de la « *motivation individuelle* » du patient, « *elle-même corrélée à la qualité de cette relation* » : « *c'est l'un des rares facteurs pour lesquels on observe une corrélation positive avec le respect de l'ordonnance, comme ont pu le constater pratiquement toutes les recherches en psychologie médicale* » (Palazzolo *et al.*, 2008 : 717). Tout processus de négociation nécessite le dialogue d'au moins deux instances, d'où l'intérêt d'une forme d'« *éducation thérapeutique du patient* » qui soit concomitante à l'autonomisation de ce dernier, suivant un parcours au cours duquel son



thérapeute et lui-même cheminent ensemble. Christian Saout, Bernard Charbonnel et Dominique Bertrand ont ainsi appelé de leurs vœux en 2008, dans un rapport présenté à la Ministre de la Santé Roselyne Bachelot-Narquin, à une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient (ETP)<sup>68</sup>, tous secteurs médicaux confondus. Leur objectif commun était de promouvoir une amélioration globale des trajectoires de soin qui profiterait à toutes les instances en présence. Ainsi en définissent-ils les principes les plus fondamentaux :

« L'éducation thérapeutique du patient s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences, afin qu'il devienne l'acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'événements majeurs de la prise en charge [...] mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'idée de disposer d'une qualité de vie acceptable par lui. » (Saout *et al.*, 2008 : 3)

Le principe de cette éducation thérapeutique des patients, de la désirabilité de leur compétence dans la gestion de ce qui les affecte, semble parfois faire l'objet d'une injonction qui tend à dépasser le champ des possibles d'un sujet qui expérimente certes son traitement, mais qui n'en maîtrise pas pour autant les aspects les plus techniques. Par exemple, Étienne\* relate une expérience thérapeutique récente et transitoire, auprès d'un médecin-psychiatre remplaçant. Celui-ci invitait notre enquêté à adapter les doses médicamenteuses qu'il ingère au jour le jour, suivant son état psychique immédiat — une possibilité laissée à son libre jugement qu'il a alors ressentie comme abusive, voire dangereuse :

« [...] dernièrement, j'ai vu un autre psy qui faisait des remplacements ici, et c'était lui qui me disait "il faut que vous deveniez *expert de votre traitement*". Un petit peu comme un *alchimiste*, et que ce soit à moi, en plus de la prescription que j'ai, de pouvoir *décider*, par exemple, si j'ai deux pilules d'un médicament à prendre par jour, eh ben un jour je vais en prendre un et demi, ou deux et demi, ou trois, machin, selon l'état dans lequel je me sens (*grimace*). [...] En plus, ce qui me paraît bizarre, c'est cette *inertie* qui est propre aux médicaments chimiques là, psychotropes, c'est-à-dire que si tu changes ton traitement mettons un mardi soir, et là tu changes une pilule pour une et demi, ou une demie, ou deux, machin, tu vas pas en sentir les effets le soir même. Pas forcément le lendemain non plus, peut-être pas le jeudi, peut-être trois, quatre, cinq jours plus tard. Regarde ce qu'on dit sur la mise en place d'un traitement antidépresseur : il faut minimum quinze jours, trois semaines avant d'en sentir les vrais premiers effets bénéfiques. Et donc ouais, c'est bizarre quand même, de *s'autoréguler* avec ce genre de traitements, limite *risqué* quoi... »

<sup>68</sup> Disponible sur [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_therapeutique\\_du\\_patient.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_therapeutique_du_patient.pdf)

Une gestion autonome de la médication psychotrope semble donc devoir faire preuve d'une forme de prudence, d'une attention particulière au regard de deux types de relation thérapeutique diamétralement opposés : la rupture du lien qui unit le patient à son médecin, mais également une dépendance excessive. L'enquête anthropologique menée par Jérôme Palazzolo, Nancy Midol et Joël Candau révèle notamment que si 88 % des psychiatres qu'ils ont interrogés reconnaissant l'utilité d'une telle gestion autonome, « *elle risque en revanche de devenir dangereuse si elle échappe trop longtemps à une consultation psychiatrique, ou si elle est utilisée de manière irréfléchie alors que l'état psychique n'est pas encore stabilisé* » (Palazzolo et al., 2008 : 721). Et pour ce qui est de la situation inverse, François Dagognet — mobilisant les analyses de Michael Balint (1896 – 1970) — présente ainsi les risques éventuels de la relation thérapeutique elle-même, sous la forme d'une pertinente analogie avec une substance médicamenteuse :

« Dans aucun manuel, il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne, ni sous quelle forme, avec quelle fréquence... Il est plus inquiétant encore de constater l'absence complète de littérature sur les risques possibles d'une telle médication... » (Dagognet, 1964 : 31 ; Balint, 1960 : 1)

Le pluralisme thérapeutique dépasse les injonctions médicales et les institutions porteuses du savoir « expert », pour faire entendre la pluralité des expertises et revendiquer une distribution des compétences ainsi que l'utilité thérapeutique d'une telle répartition des rôles. Ce pluralisme traduit, d'une certaine manière et dans le cadre précis de la médication psychotrope, la conception goffmanienne d'« *adaptations secondaires* ». Ainsi Erving Goffman (1966 – 1982) désignait-il, dans son ouvrage-phare *Asiles* (1968 [1961]), la capacité des reclus à s'écarter du rôle que leur assigne « *l'institution totale* ». Les éléments décrits au sein de cette section en laissent entrevoir l'aspect le plus « intégrant » — Goffman distinguant les adaptations secondaires « *désintégrant* » et « *intégrée* » —, à savoir la capacité des sujets à « faire avec » ce que leur affection et son traitement leur imposent, tout en œuvrant à la réappropriation de leurs conditions d'existence et de leur vie quotidienne, à « *donner du sens à [leur] expérience et à [leur] vie* » (Rodriguez del Barrio et al., 2001 : 19). A travers cette forme de résistance, les malades développent des pratiques médicamenteuses qu'ils se sont réappropriées face aux injonctions instituées. Quand bien même ce dernier peut être accepté *in globo*, de sorte que ces pratiques affranchies contribuent à compléter ou diversifier la prise en charge thérapeutique, à en préciser la toile de fond ; tel Basile\* ne recourant plus qu'à une médication ponctuelle au moment de notre entretien, et ne se satisfaisant plus que de l'appui de son suivi psychanalytique.

En suivant les analyses d'Albert Ogien et son concept d'« *affiliation* », la participation des soignés et des soignants à « *l'univers de relations sociales singulier* » de l'intervention psychiatrique consiste pour chacun à « *mettre en œuvre les ressources de son mode de connaissance pratique afin de lui permettre d'apprécier, en les objectivant, les intérêts et impératifs que lui confère sa position dans [ladite] configuration [...], et sur la base de cette appréciation, d'orienter son action vis-à-vis des autrui qu'il amené à y rencontrer* » (Ogien, 1989 : 26).

La sociologue Livia Velpry, à ce titre, propose deux types idéaux en matière de gestion d'une affection psychique chronique, dans le prolongement de l'affiliation d'Albert Ogien : la « *coopération intégrée* » et la « *coopération distanciée* » (Velpry, 2008 : 249, 275). La première de ces coopérations décrit un contexte thérapeutique au cours duquel le lien qui unit professionnels et usagers est tout aussi stable qu'étroit ; un mode d'inscription sociale durable voué à asseoir le contrôle de la maladie et à promouvoir une gestion optimisée des crises et de la vie quotidienne — et plus spécifiquement par le biais des traitements médicamenteux. Une « *coopération distanciée* », quant à elle, caractérise une alliance thérapeutique dont les sujets souffrants manifestent des velléités émancipatrices vis-à-vis des dispositifs institutionnels de santé : en répondant aux attentes qui leur sont formulées, mais en tâchant de mobiliser les ressources dont ils bénéficient pour conquérir une véritable emprise sur leur trajectoire psychosociale.

Cette intrication des savoirs et des pouvoirs des acteurs en présence, sur une telle scène d'enjeux complexes et d'interactions sociales, annonce une expérience éminemment sociale largement façonnée par le rapport, instable et évolutif, qu'entretient un sujet de soins psychiatriques vis-à-vis des prescriptions médicamenteuses qui lui sont adressées.



## CONCLUSION

En France et dans le reste du monde occidental, le développement des médicaments psychotropes a ainsi profondément transformé l'appréhension médicale et thérapeutique d'une souffrance psychique mue en une véritable question sociale, d'intérêt public. Et de telles pratiques, en se généralisant au point de faire l'objet d'un recours parfois dénoncé comme « *systématique* » (Rodriguez del Barrio *et al.*, 2001 : 1), ont à leur tour influé sur les manifestations et l'expérience mêmes des problèmes de santé mentale.

L'ambiguïté fondamentale de ces modalités thérapeutiques et des pratiques sociales qui en découlent nourrit à son tour la pluralité d'expériences et de sentiments imputables à de telles médications. L'analyse du cycle de vie de telles substances, comme d'une « *chaîne complexe qui fait intervenir un grand nombre d'acteurs, de procédures, de régulations, et représentations et d'usages, depuis leur conception jusqu'à leur consommation* » (Lévy & Garnier, 2007 : 1), témoigne de l'extrême pluralité d'acteurs autres qu'un patient et son thérapeute — et notamment des acteurs économiques — convoqués dans l'élaboration de la trajectoire de soins du premier. Et au cours de ce processus éminemment social, l'amplitude de significations différentes des substances dont nous avons décrit les enjeux révèle toute « *la versatilité [de tels objets] à la fois techniques et symboliques, remèdes et poisons* » (*ibid.*).

Par l'entrecroisement de faisceaux complexes de savoirs — experts et profanes —, l'expérience d'un sujet de souffrance psychique chronique constitue non moins qu'un apprentissage singulier : un patient-usager acquiert en effet la capacité, au cours de ce processus de socialisation, d'émettre des discours qui lui sont propres, et de manifester une forme de résistance vis-à-vis de difficultés qui ne relèvent pas seulement de la « maladie » en tant que telle. Et il s'agit bien là d'une construction collective, d'une coopération corroborant la variété d'aspects sociaux qui traversent l'expérience de la maladie au long cours. Dans un contexte où l'on cherche à promouvoir l'autonomie des usagers dans la gestion de leur trajectoire de santé et de vie, la prescription de traitements psychotropes et de leurs usages interrogent constamment la problématique de l'individu et ses modes d'inscription sociale — ses droits, ses devoirs, ses rôles et positionnements statutaires —, interrogeant à leur tour les prérogatives institutionnelles en matière de santé mentale.



## ANNEXE 1

### Guide mobilisé lors des entretiens

<b>Présentation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge ?</li> <li>• Activité professionnelle / formation en cours ? Niveau d'études ?</li> <li>• Situation amoureuse/matrimoniale (enfants ?)</li> <li>• Situation familiale (profession des parents ?), composition de la fratrie</li> <li>• Loisirs ? Pratique d'une activité physique ?</li> <li>• Âge auquel vous avez fréquenté un service de psychiatrie pour la première fois ?</li> <li>• Vous souvenez-vous pour quelles raisons vous avez dû rencontrer un médecin-psychiatre pour la première fois ?</li> </ul>
<b>Éléments de trajectoire psychiatrique, biographique, relationnelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avez-vous souvent été hospitalisé(e) dans des services de psychiatrie ? Toujours de votre « plein gré » ?</li> <li>• Était-ce la première fois que vous rencontriez un problème de santé ? (évolution de votre état de santé depuis le plus jeune âge ?) Vos troubles ont-ils surgi brusquement ou bien est-ce une longue histoire ?</li> <li>• Quels souvenirs vous a laissé votre première hospitalisation ? (si hospitalisation il y a eu)</li> <li>• Faites-vous encore régulièrement des séjours à l'hôpital ? / Durée moyenne des hospitalisations ?</li> <li>• Comment cela se passe/passait quand vous y allez/alliez ?</li> <li>• Comment décrivez-vous l'ambiance des HP ? Bon contact avec les soignants pendant les hospitalisations ?</li> <li>• Si j'avais une baguette magique et que je pouvais faire en sorte que vous n'ayez jamais franchi les portes d'un HP, voudriez-vous que je m'en serve ?</li> <li>• En général, comment vous sentez-vous quand vous en sortez ?</li> </ul> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment se passe la vie « dehors » en ce moment ?</li> <li>• Comment cela se passe-t-il avec vos proches ? (proches soutenant selon vous ? relations parfois conflictuelles ?)</li> <li>• Quel ressenti avez-vous vis-à-vis de la qualité de vos relations avec les autres ? Vos relations vous apportent-elles une forme de satisfaction ? Vous sentez-vous intégré à un groupe ? Avez-vous suffisamment d'amis à votre goût ?</li> <li>• Avec qui parlez-vous de votre état de santé, de vos problèmes ? Interlocuteur(s) privilégié(s) ? Vos amis sont-ils selon vous les mieux placés pour recevoir votre parole et votre ressenti lorsque vous ne vous sentez pas bien ?</li> <li>• Certains de vos proches ont-ils déjà eu des problèmes de santé un peu comme les vôtres ? Comment réagissent(aient)-ils quand vous êtes(étiez) hospitalisé(e) ?</li> <li>• Avez-vous gardé des contacts avec des personnes que vous aviez rencontrées à l'hôpital ?</li> <li>⇒ Si oui, la psychiatrie fait-elle partie de vos sujets de conversation avec ces personnes ou est-ce une sorte de tabou entre vous ?</li> <li>• Pensez-vous que les personnes que vous côtoyez régulièrement savent toutes que vous avez ou avez eu des soucis de santé et que vous vivez avec un traitement au quotidien ?</li> <li>⇒ Est-ce quelque chose dont vous parlez facilement avec les autres ? En a-t-il toujours été ainsi depuis les débuts de vos troubles ?</li> </ul>

<p><b>Le traitement médicamenteux</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prise quotidienne de médicaments ? (idée du nombre de médicaments différents que vous avez à votre disposition ?)</li> <li>⇒ Injection-retard ? Médicaments à prendre sous forme de comprimés ? Sous forme liquide ?</li> <li>• Impression de bien connaître votre traitement, de pouvoir dire à quoi sert chaque médicament que vous prenez ou avez pu prendre ?</li> <li>• Évolution du nombre de médicaments au fil des années ?</li> <li>• Quand vous sentez que votre état de santé se dégrade, comment réagissez-vous ? Est-ce que vous savez quel médicament est susceptible de vous aider à aller mieux ? Consultez-vous d'abord votre médecin pour avoir un avis extérieur, ou bien gérez-vous le problème seul(e) ?</li> <li>• Comment vivez-vous le fait de prendre des médicaments ? (points positifs / points négatifs)</li> <li>⇒ Est-ce véritablement une contrainte ?</li> <li>• Impression que les médicaments vous aident à vous sentir mieux ?</li> <li>• Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre traitement ? Volontairement ou par réel oubli ?</li> <li>⇒ Subissez-vous régulièrement des prises de sang permettant de vérifier votre tolérance au traitement ou pour « vérifier » que vous le prenez bien régulièrement ?</li> <li>• Y a-t-il des traitements que vous prenez régulièrement et d'autres non ? Raisons particulières ?</li> <li>• Où rangez-vous vos médicaments ? (endroit précis ? à divers endroits ?)</li> <li>• Disposez-vous d'un pilulier ? (si oui, choix personnel ou prescription médicale ?) Est-ce un infirmier qui vient chez vous tous les jours pour vous donner vos médicaments ou bien vous en disposez chez vous ?</li> <li>⇒ Si infirmier, comment le vivez-vous ? Demande personnelle ou imposé par votre médecin ?</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comment vous sentez-vous lorsque vous recevez une ordonnance ? (rassuré(e), angoissé(e), en colère ?)</li> <li>⇒ Comment avez-vous vécu votre première prescription de médicaments en lien avec vos problèmes de santé psychique ? Comment la longueur de l'ordonnance a pu évoluer au fil des années ? (en plus, en moins ?)</li> <li>⇒ Pharmacie habituelle ? (si oui, avez-vous pu faire part de votre ressenti avec votre pharmacien habituel ?)</li> <li>• Comment faites-vous pour vous renseigner vis-à-vis d'un nouveau traitement ?</li> <li>⇒ Posez-vous des questions de ce type à certaines de vos connaissances susceptibles d'avoir déjà reçu ce traitement précis ? Lisez-vous la notice d'utilisation d'un nouveau médicament ? Vous renseignez-vous sur Internet pour connaître la manière dont d'autres personnes ont pu réagir à tel ou tel médicament ?</li> <li>• Classez-vous vos ordonnances dans une pochette/boîte ou les avez-vous égarées/jetées au fil des ans ?</li> <li>• Donnez-vous des « petits noms » affectueux à certains de vos médicaments ? Vous est-il arrivé de demander à votre médecin de vous prescrire un médicament dont vous n'aviez peut-être pas objectivement pas « besoin » mais dont l'effet vous était agréable ?</li> <li>• Certains de vos médicaments produisent-ils chez vous des effets secondaires gênants ? Au contraire, certains des effets secondaires vous sont-ils agréables ?</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En quels termes pourriez-vous décrire les effets secondaires liés à votre traitement médicamenteux ?</li> <li>⇒ En dehors du traitement quotidien et régulier, prenez-vous parfois certains de ces médicaments pour obtenir un effet ou atteindre un état particuliers qui vous plaisent et/ou vous font du bien ? Augmentez-vous les doses pour que l'effet soit plus important ou apparaisse plus rapidement ?</li> <li>⇒ Quand/si c'est le cas, en informez-vous votre médecin ou bien y procédez-vous de manière autonome et « discrète » ?</li> <li>• Ponctuellement ou au quotidien, qu'est-ce qui peut vous faire du bien, vous apaiser (comportements, pratiques, consommations avouables ou non...) ?</li> <li>⇒ Pour autant, parvenez-vous toujours à mettre ces éléments en pratique ? Qu'est-ce qui peut vous freiner ou vous empêcher de les mettre en pratique ?</li> <li>• Avez-vous déjà utilisé certains des traitements qui vous étaient prescrits de manière détournée ? (sniffé, injecté ?)</li> <li>• Comment imagineriez-vous actuellement votre vie sans ces médicaments ?</li> <li>⇒ Avez-vous l'impression que certaines des choses que vous avez à accomplir au quotidien sont plus compliquées en lien avec votre traitement ou certains des médicaments qui vous sont prescrits ?</li> <li>• Avez-vous déjà essayé d'arrêter vos traitements sans l'avis du médecin qui vous suit ? (si oui, conséquences ?)</li> <li>• Vous sentez-vous d'une certaine manière attaché(e) à ces médicaments ?</li> <li>⇒ Avez-vous plutôt l'impression de vivre avec ces médicaments ou bien qu'ils vivent avec vous ?</li> <li>• Pensez-vous qu'un jour, vous ne prendrez plus de traitement du tout ? Le souhaitez-vous, à terme ?</li> </ul>
--	---



## ANNEXE 2

Tel que l'indiquions en introduction, cette annexe est constituée de témoignages marquants et issus de nos entretiens, et que nous souhaitons mentionner ici, à défaut de les avoir intégrés au corps de développement de la seconde question. Ils ont plus particulièrement trait aux trajectoires de vie et de santé de nos cinq enquêtés. Nous procéderons à ladite restitution sous la forme de tableaux, un pour chacune des personnes qui se sont prêtées au don d'entretien.

### HULU\*

▪ **Au sujet de sa première hospitalisation et des conditions de cet internement :**

« Ca a explosé quand j'avais dix-neuf ans, et là, vraiment, toutes mes fragilités, elles ont explosé, toutes mes émotions d'un coup, et c'est vraiment ça qui a fait que j'étais plus dans la réalité, quoi. L'explosion des émotions... »

« En fait, la première fois, je ne comprenais rien à ce qui se passait, j'étais vraiment à l'Ouest, et puis j'ai été hospitalisée dans un lieu très insalubre, où on n'a pas du tout pris soin de moi, on ne m'a pas soignée comme on pourrait l'entendre, à l'écoute etc. On m'a prise un peu comme une... Je ne trouve même pas le mot mais... Comme un *objet* quoi. Et la deuxième fois, je ne voulais pas y retourner, je ne voulais absolument pas tellement j'avais été *traumatisée* de la première, mais mes symptômes, c'étaient les mêmes, bouffée délirante aiguë, donc du coup je l'ai subie et je cherchais à *fuir à tout prix* l'hôpital. Même si les autres étaient contre, j'ai cherché à fuir l'hôpital la seconde fois, mais, ouais, j'en suis ressortie... *détruite*. »

« Bah, ils [l'équipe soignante] m'infantilisaient mais en même temps, je n'étais même pas considérée comme une enfant, mais vraiment comme un objet, parce que... *On m'enfermait* mais on ne me donnait pas les raisons de mon enfermement à clé dans ma chambre, et la fin de mon hospitalisation, ça a été sur la chambre d'isolement, et là, pour moi, *j'étais déshumanisée complètement*, avec un seau, bref, *l'horreur*. L'isolement, et le fait qu'on m'enferme à clé dans ma chambre... Il devait y avoir des raisons, mon comportement devait être trop, trop paranormal, mais qu'on me l'explique au moins, avec des mots... (*souffle*) Plus ou moins *doux*, quoi. Et moi, on m'a jetée là-dedans... Et puis les locaux, ils étaient *vraiment dégueulasses*, quoi. C'est le souvenir de tout ce contexte-là... Et la deuxième hospitalisation, c'était dans d'autres locaux, où là, ça a été quoi... Mais en fait, quand on y repense, les locaux... Ah non, ça n'a pas été. *Les locaux n'y changent rien*, on reste enfermé, et même pas de notre plein gré en plus, donc c'est ça le pire : d'être *enfermé de force*. »

▪ **L'ambiance des hôpitaux psychiatriques telle qu'elle l'a ressentie :**

« Il y a une ambiance, pour moi, très, très, très *lugubre*, et très *glauque*. Pourquoi, parce que bah, les patients ils se retrouvent là, ils sont malades, soit dépressifs, soit une maladie

plus profonde quand même, et ils n'ont *aucune (insiste) occupation*, et ils sont là à se regarder dans le blanc des yeux, euh... Il n'y a même pas de catégorie d'âge, donc il peut y avoir des personnes qui sont prêtes à aller en maison de retraite avec des jeunes de dix-neuf ans, et c'est d'une tristesse très très très profonde, l'hôpital psychiatrique, quoi... [...] Autant pour la petite vieille que pour le petit jeune, il y a aucune, enfin... Comment veux-tu *créer du lien* quand tu mets deux personnes malades ensemble et qui en plus ont un vécu si éloigné l'un de l'autre ? Je pense qu'il faudrait au moins... Il ne faut pas faire ça par secteur, même si l'organisation doit être plus simple comme ça... (*souffle*) Il faudrait faire ça par catégories... Soit pathologiques, soit catégories générationnelles, quoi... »

▪  **Crainte que la survenue d'une nouvelle bouffée délirante puisse abîmer le mode de relation qu'elle entretient avec les équipes soignantes :**

« [...] pour moi en fait, *c'est le symptôme qui compte plus que la personne*, même si elle a évolué ou quoi que ce soit (*tape sur la table avec ses ongles, de plus en plus fort*)... Si j'ai à nouveau des bouffées délirantes ou quoi, aiguës, (*tape à nouveau*) on va à nouveau *m'infantiliser*, me reprendre euh... (*gratte la table avec force*) Parce que euh, ils ont l'habitude de voir des malades (*grimace*) qui ne savent plus se gérer, donc... »

▪  **Lorsque nous lui avons demandé si, *a posteriori*, elle aurait préféré ne jamais franchir les portes d'un hôpital psychiatrique :**

« [...] moi ça m'a *détruite pour mieux me renforcer*, mais est-ce que j'avais besoin de trouver cette force-là à travers l'hôpital psychiatrique ? (*grimace*) Est-ce que j'aurais pas pu la trouver en accomplissant mes rêves ? C'est-à-dire voyager, voyager, voyager, voyager ? Non, non, non, non, parce que moi ça m'a juste *freinée* dans tout ce que je pouvais *accomplir au sommet de ma jeunesse* quoi, quand j'avais vingt ans... Ça m'a juste fait *perdre du temps*, ouais ça m'a détruite, et bah... (*bégaie*) C'est des voyages qui ont provoqué mes bouffées délirantes aiguës, et c'est des voyages très longs, non-organisés, à l'arrache, mais je me dis qu'il y a plein de gens qui font ça dans leur vie, et moi on ne m'a pas donné la *chance* de pouvoir faire ça alors que c'était ce que j'aimais. »

▪  **Au sujet de ses relations intrafamiliales (et tout particulièrement de la relation qu'elle entretient désormais avec ses parents) :**

« C'est plus une mise à distance, on ne communique pas sur l'hôpital psychiatrique, mais je trouve ça *dommage* quand même hein, parce qu'ils devraient pouvoir... C'est pas ressasser le passé pour moi que de dire "j'ai terriblement souffert à cette période-là, et j'aimerais que vous le preniez en compte un minimum", quoi. Mais non, pour eux le passé est le passé, et donc je préfère mettre de la distance vis-à-vis de cet événement douloureux, *et faire mon petit bonhomme de chemin* comme ça. Mais ça provoque aussi une distance familiale aussi, tu vois, de *ne pas oser* tout dire sur son mal-être, enfin, sur les maux du passé quoi. Hum... *Je crois que c'est l'hôpital qui a créé ça*. Parce que mon père, oui, je le vois, mais nos discussions elles restent futiles, et moi je me sens toujours un peu rabaissée par rapport à ma famille parce que je suis la seule à avoir vécu ça, ils ne peuvent pas comprendre, ils sont venus très (*insiste*) rarement me rendre visite, à part mon père qui s'efforçait, et je me rendais bien compte qu'il se forçait à venir par devoir, mais ma situation, aujourd'hui, elle pourrait être bien meilleure avec ma famille, mais je sais que c'est l'hôpital qui a créé cette distance. [...] Bah dans ma famille en fait, 'faut pas parler du mal-être, 'faut pas parler de l'adoption, 'faut pas parler des rancœurs, alors que pour ma part il y en a, il y a beaucoup de non-dits. Mais je

ne m'engage pas là-dedans avec eux parce que maintenant ils sont vieux, et puis voilà. [...] J'espère plus rien de ce côté-là, parce que je veux *être en paix, les laisser en paix* eux aussi, mais tout ce qu'ils gagnent, là, c'est ma distance vis-à-vis d'eux, quand même quoi. Je pense que ça les peine un peu hein, que je les vois si peu souvent, mais que chacun fasse des *concessions*, quoi, quand même hein. »

▪ **À propos des relations qu'elle a pu nouer avec des personnes rencontrées en contexte hospitalier :**

« On se comprend sur des points que d'autres personnes pour qui certaines choses restent des points d'interrogation, parce qu'on a quand même vécu la même *guerre*, quoi, tu vois. (*rires*) [...] Après, avec l'une des deux amies, il y a eu une période où on venait tout juste d'en sortir toutes les deux [de l'hôpital], donc nos conversations, elles ne tournaient qu'autour de ça [du sujet de la psychiatrie]. Mais même, rien que le fait de dire "on en est sorti, on en est sorti", bah ça veut dire qu'on en est pas complètement sorti, quoi ! (*rires*) Au début par contre, c'est très difficile de faire le *deuil* de ça, quoi. Si je peux dire le deuil... »

▪ **Concernant la facilité qu'elle manifeste à l'idée d'évoquer ses problèmes de santé psychique en compagnie de tierces personnes, sans peur du jugement :**

« J'assume maintenant, c'est mon passé, et il fait *partie de moi*, donc les personnes que je rencontre, je leur dis quand ça s'annonce un peu dans la discussion, s'il faut parler de choses douloureuses, moi je le dis très ouvertement, "j'ai vécu ça, ça, ça", et... C'est pas que j'en suis fière, mais je suis très satisfaite du chemin que j'ai parcouru, donc je le dis peut-être pas avec de la fierté, mais avec de la satisfaction. *La satisfaction d'en être sortie*, d'être ce que je suis aujourd'hui, d'avoir traversé ça, et de me sentir *plus forte* quand même, quoi. Donc ouais, je l'assume ouvertement. [...] Il y en a qui peuvent juger, mais j'ai l'impression qu'on... Moi, et certaines personnes qui en sont sorties, on est un peu *le contre-exemple de la psychiatrie* dans le sens où, bah... Quelqu'un qui est hyper jugeant envers la psychiatrie, les malades, les "fous" comme ils disent, eh ben c'est là que je vais lui dire "bah moi j'ai fait de l'HP". Et là, il va être très étonné ! (*rires*) J'aime bien faire cet effet-là, aussi, aux gens hyper jugeants sur l'HP. Il y a de tout dans les hôpitaux psychiatriques... Effectivement il y en a qui sont très mal, et même tu les croiserais dans la rue sans savoir, tu le devines plus ou moins, mais il y a aussi des gens qui ont eu des parcours de vie compliqués, et *personne n'est condamné*, en fait. »

## BASILE\*

▪ **Au sujet de l'ancienneté de son « *trouble psy* » :**

« À vrai dire, étant très jeune, donc au CP, j'ai eu des problèmes d'acquisition du langage. Ma mère m'avait emmené chez le généraliste, qui lui avait dit "votre enfant, il faudrait l'emmener voir un pédopsychiatre". Seulement, ma mère, en fait, était contre l'idée d'aller voir un pédopsychiatre, donc elle m'a emmené chez un orthophoniste. Donc, après, je te parle de ça parce que c'est, à mon avis, intéressant dans une problématique tu vois, euh... Donc il y avait déjà *une trace de quelque chose*... Il y a eu une trace d'un trouble psy, et je pense déjà décelé à cet âge-là, quoi... »

▪ **Sa première hospitalisation et ses suites immédiates :**

« [...] j'ai plein (*insiste*) de souvenirs. Ma première hospitalisation, j'ai eu le sentiment que... [...] Moi aujourd'hui, ce dont je me souviens surtout, c'est qu'on a *pris soin de moi* vis-à-vis de moi-même, on m'a empêché de me mutiler, on m'a empêché de me faire du mal, ça, ça a fonctionné. Au niveau d'un traitement médicamenteux, ça, là, ça n'a pas fonctionné. Au niveau d'un diagnostic, ça n'a pas fonctionné non plus, et en fait, quand je suis sorti au bout de deux semaines, si tu veux, les raisons de l'admission, qui étaient de pallier à une... De faire face à une urgence, euh... [...] On a traité des symptômes vite fait, on m'empêchait de me faire du mal, et puis une fois sorti de l'hôpital, j'ai eu l'impression de *retrouver exactement les mêmes problèmes*. D'être seul face à mes problèmes, tu vois, dès 19 ans quoi... C'est-à-dire euh... De ne pas pouvoir compter, peut-être, sur l'aide de personnes qui quand même, à 19 ans, devraient t'aider, quoi. [...] Comme autre souvenir de cette hospitalisation de deux semaines, j'ai le souvenir de m'être extrêmement *bien socialisé* avec les gens, je me suis fait plein de copains. Sur place, j'ai rencontré des gens vraiment *chouette*, et à la fois vachement *flippants*, parce que quand tu es hospitalisé... 'Fin moi je pense que quand tu es hospitalisé pour la première fois dans un truc qui ressemble de près ou de loin à un HP, bah en fait tu es mis en contact également avec les troubles psy d'autres personnes, un peu pour la première fois, et c'est aussi la première fois que tu vois que les personnes en ont *conscience*, de leurs troubles, souvent. Ils sont pas là par hasard, quoi. J'ai l'impression que *cette expérience m'a enrichi* en ce sens, c'est-à-dire que ça m'a permis à l'époque de commencer à m'ouvrir à la question, tu vois, à être beaucoup plus *tolérant*, à comprendre que les fous, on les stigmatise, mais qu'eux-mêmes, euh... Tu as des gens très bien qui sont fous quoi, *ça n'enlève rien à la valeur de quelqu'un*. Donc ouais, j'ai vraiment rencontré des gens bien là-bas, mais par contre, ça a souvent été des relations assez difficiles, ces amitiés, parce que c'est des gens, en général, après, qui ont eu un destin funeste. J'ai une amie euh... Bah qui est morte de son anorexie, j'ai eu un pote aussi, qui s'est suicidé, comme ça, donc ça aussi... Donc on rencontre des gens peut-être par un autre biais, bah on a peut-être moins de chance, aussi, se confronter à ce genre de *destins tristes*. »

▪ **Au sujet des soignants au sein de services de psychiatrie :**

« Les soignants, il y a de tout dans cette appellation, sous cette étiquette. Donc les soignants, eh bah en fait parfois ça se passe bien, et parfois non, ça se passe pas très bien, non. Moi, on peut tout à fait me soigner en étant simplement respectueux, courtois, et moi je le suis en retour, ça se passe vachement bien, quoi. Par contre, pour ma part, en tant que patient, et en tant qu'accompagnant, ou en tant que visiteur, je pense que dans les hôpitaux psy, aussi bien au niveau des infirmiers que des psychiatres, il y a juste ce que j'appellerais une *propension au sadisme*. C'est-à-dire que la plupart des soignants sont tout à fait bien, altruistes et savent se protéger des malades pour continuer à être bien, etc., mais moi je pense qu'il y a vraiment de tout, à l'HP. »

▪ **Lorsque nous lui avons demandé s'il aurait finalement souhaité ne jamais faire l'expérience de la souffrance psychique, des hôpitaux psychiatriques :**

« [...] tu m'aurais posé cette question il y a encore peu de temps, je crois que je t'aurais dit "ouais allez, vas-y, utilise la baguette magique et fais en sorte que je sois *normalement névrosé comme tout le monde*". Cependant, quelque part le travail que je mène, au niveau de ma psychanalyse, me permet de prendre conscience de qui je suis au niveau de mon individu, tu vois, de la personne particulière qui me singularise. Et également, d'envisager les

autres dans ce qui les singularise, ce qui les fait être des *sujets*, quoi. Donc à ce niveau, pour être parfaitement honnête, Lou, moi cette psychose, je commence à *l'aimer*, à trouver qu'elle me coûte cher, mais qu'elle me donne aussi des choses que j'aurais peut-être jamais eu, si j'avais été "normalement névrosé", tu vois ? Donc finalement, la question ça revient un peu à "comment on se sent dans ses baskets, est-ce qu'on a une bonne image de soi", et ouais, moi ma psychose, je commence à être vraiment bien *réconcilié* avec, tu vois. En fait, tu vois, je pense que la question, on pourrait un peu la reformuler en "où est-ce que vous en êtes par rapport à ce que la société vous ordonne de désirer ?", c'est-à-dire une vie toute normative, tu vois, toute normée. Tout le monde veut finalement la même chose, c'est-à-dire un travail, une famille, un chien, être propriétaire, avoir une maison, partir en vacances, etc., etc., etc. Ce faisant, c'est oublier que tout un chacun, avec notre singularité, on ne veut pas les mêmes choses, et moi je pense que quand on arrive à savoir ce que soi, on veut, ce qu'on veut vraiment soi-même, on se console assez facilement, de se dire que finalement ce qu'on te dit d'avoir, ce qu'on te dit de désirer, tu ne l'auras jamais. Et de toute façon, tu te dis que ça ne te convenait pas (*rires*). [...] J'ai essayé pas mal d'approches pour me soigner, et j'étais pas *a priori* porté sur la psychanalyse du tout, j'avais des parents plutôt, on va dire, anti-psychiatrie, mais finalement dans ma quête de soin, c'est le truc qui fonctionnait le mieux, qui me permettait de me sentir au mieux avec le trouble psy. De considérer que *c'est pas une maladie mais un trouble*, que j'en *guérirai* pas, que je suis *structuré* comme ça, mais que par contre, on peut s'épanouir avec ça, quoi. *On peut s'épanouir avec son trouble.* »

▪ **À propos des relations qu'il entretient désormais avec ses proches familiaux :**

« Les proches, la famille, c'est un lieu de conflits, donc effectivement... Peut-être que parfois, il peut y avoir des conflits, mais moi, je m'estime plutôt... En fait, ça se passe bien, mais beaucoup parce que je crois que ça vient beaucoup de moi, si tu veux. C'est-à-dire que j'ai l'impression que je suis pas resté dans l'attente que les autres changent, j'ai l'impression que c'est plutôt ma façon de *me remettre en question*. À nouveau dans mon analyse, ça revient souvent dans mes questions, ça. Mais je crois que ça me permet de vachement progresser, en fait, parce qu'au niveau social, et notamment avec ma famille, ça se passe vachement mieux qu'avant. [...] C'est une histoire de *distance*, tu vois. À quelle distance tu te places des gens, et quand tu es trop près, tu peux te *brûler*, et quand tu es trop loin, ça peut poser problème aussi, s'éloigner encore plus et... Il y a une bonne distance à trouver, et c'est pas toujours facile, quoi. [...] Dans ma famille, il y a, je dirais, une sorte de *loi non-écrite*, qui veut qu'on puisse parler de ce qui n'est pas grave mais pas de ce qui est grave, tu vois. Donc il va m'arriver de le dire à ma sœur, quand il m'arrive un truc pas grave, mais s'il m'arrive quelque chose de plus grave, s'il m'arrive... Par exemple, si j'ai eu une crise qui m'emmène un peu loin, là, ça, je peux pas leur en parler. *C'est pas possible.* »

▪ **La manière dont il estime ses relations amicales et leur « soutien » :**

« [...] je pense que quand on est entouré d'amis altruistes, attentifs, aimants et tout ça, finalement on peut tout à fait se passer d'un psychanalyste parce que *tu as des potes qui font un peu le taf*, quoi. Seulement, par contre, *a contrario*, quand tes amis c'est plutôt des gens peut-être moins à l'écoute, qui parlent davantage d'eux-mêmes, pour se mettre en valeur, ce genre de choses, donc là quelque chose de vachement fréquent... Après, je sais pas si c'est misogyne ce que je vais dire, mais j'ai l'impression que c'est peut-être un peu plus fréquent chez les mecs que les nanas, tu vois. Mais bon, quand tu es un mec, avec tes potes, entre mecs, *t'es pas là pour te raconter tes trucs de psy*, quoi. Dès que tu as un petit groupe, tu as

une prévalence de “on parle de trucs de mecs, à la con”... Et c’est pour ça aussi que moi, j’aime pas du tout les groupes en général, parce que c’est toujours un peu la *médiocrité* qui prend le dessus dans ces moments-là. »

## ANNA\*

### ▪ Ses ressentiments vis-à-vis de sa première hospitalisation, des soignants :

« C’était très froid. ‘Fin, ce côté *business*, où les infirmiers sont pas là, ils glandouillent, enfin surtout à E\* (*hôpital, public*), ils passaient leur temps à être... Bah, dans leur salle, leur petite salle pause déj, ou je sais pas trop quoi, et y’avait vraiment *pas de suivi*, quoi. Ils passaient leur temps à *shooter* les patients pour avoir la tranquillité, il y a toujours eu un côté *business*. Ils balançaient des pathologies à tout-va, juste pour satisfaire, bah... Ouais, c’est vraiment *renflouer les caisses*, quoi. ‘Fin, quand j’ai su que l’hospitalisation de deux semaines avait coûté douze mille balles et que j’ai eu le papier de la mutuelle, j’étais un peu... Un peu *en colère*, quand même. *Tout ça pour ça*, quoi. Ils ont rien fait, hormis me poser un diagnostic de bipolarité, que j’ai toujours réfuté. On m’avait mise sous traitement, que j’ai arrêté dès ma sortie. »

### ▪ À propos des relations qu’elle entretient désormais avec sa famille :

« [...] avec ma mère, bah, on se revoit de temps en temps. Au début, j’avais vraiment *mis fin à cette famille*, depuis 2014, mais au décès de ma grand-mère, je me suis dit que je voulais pas avoir le regret de ne pas côtoyer ma famille. Donc je suis pas non plus très très proche, mais je les vois de temps à autre. Je les aime bien tu vois, c’est pas le souci, mais je pourrais pas non plus être proche comme certains sont proches ensemble, quoi. Il y a toujours une *barrière de sécurité*. C’est surtout qu’ils m’ont tellement *jugée*... Ils m’ont tous lâchée en 2014, lorsque j’avais le plus besoin d’eux, et du coup, j’ai pas cautionné, quoi. [...] En fait, s’ils ne m’aident pas, c’est parce que je le veux pas. Au fond, ils veulent le faire, mais vu que je leur donne pas les cartes pour le faire, bah ils peuvent pas le faire. »

### ▪ Au sujet de la relation qu’elle entretient à son psychiatre actuel, à son suivi :

« Je sais que par rapport aux médocs, j’aurais pu juste prendre mes médocs par mon médecin traitant, mais du coup, lui, il veut plus être responsable de ça, donc c’est pour ça que j’ai un psy. Mais c’est juste pour le côté médocs, quoi. Il me fait une ordonnance, terminé, et on en parle plus, quoi. Il me pose des questions, de répons... Le rendez-vous dure, allez, un quart-d’heure, et c’est une fois tous les trois mois, quoi. Je classe vite l’affaire. Bah déjà, il commence à me coûter cher, donc... [...] Le problème, c’est que j’ai une mutuelle très compliquée. C’est la carte avance santé, et si je veux être remboursée, je suis obligée de faire passer la carte, mais vu qu’il a pas de TPE, bah voilà quoi. Au bout d’un moment, j’en ai marre d’avancer, donc je fais genre que je vais payer la prochaine consultation, je le vois pas pendant quatre mois, et après je le paierai quand j’aurai les finances. »

### ▪ Son vécu du « stigmaté » de la souffrance psychique, du regard d’autrui :

« Ça me gêne un peu quand je passe à la pharmacie, quand même. Je vais toujours à celle qui se trouve à côté de chez moi. Ça peut être un peu gênant, oui, mais après je m’en fous.



C'est plus l'*orgueil*, la fierté, parce que pour certains, c'est encore vraiment un sujet tabou, quoi. Mais par exemple, quand j'ai fait l'arrêt maladie avec le psychiatre, ça m'a fait chier, de le donner. Donc j'ai barré [...] le passage du psychiatre. Parce qu'il y avait le nom du médecin, et marqué "psychiatre" en-dessous. Donc voilà, j'ai barré. [...] Mais je sais que si on me fait chier par rapport à mes absences et que je dois passer à la RH, parce que je suis au deuxième niveau... 'Fin, je suis sur le podium de ceux qui ont le plus d'absences, je suis au deuxième rang, donc je sais que si le premier saute, bah après c'est moi qui saute, donc j'ai justement *ma carte de la bipolarité* pour justifier de tout ça. »

## JULIEN\*

- **Lorsque nous lui avons demandé quel souvenir lui avait laissé sa première hospitalisation :**

« Euh, un bon souvenir. J'avais fait une rencontre, avec un type qui était arrivé sur place, qui avait des problèmes de comportement, c'étaient ses parents qui l'avaient hospitalisé parce qu'il envoyait chier sa mère, tout ça. Et je me suis fait des copains. C'était en région parisienne, dans les Hauts-de-Seine, je suis ressorti, on s'est revu, ça m'a fait des amis, j'ai vu du monde, on sortait le week-end, c'était... Mais ça a duré que trois mois, donc trois mois, quand tu sors d'une tentative de suicide, les deux premières semaines, t'es sous Tranxène<sup>®</sup>, t'es assommé, parce que je sais qu'en fait, même quand j'étais tout seul dans la chambre, je montais en haut de l'armoire, et je me mettais la tête la première et je me laissais tomber, donc ça ils l'ont jamais vu. Ils me disaient "vous avez des marques", je disais "je me suis cogné", et parce que j'avais une souffrance intellectuelle, mentale qui était telle, avec le fait que je réprime de la violence... »

- **Son vécu de l'ambiance des hôpitaux psychiatriques :**

« Ce que je recherche, c'est la chambre blanche et le lit euh... Et le lit. Avec l'équipe infirmière autour. Ce que j'aime pas, c'est ceux qui fument des joints dans le truc, ceux qui viennent dans l'espace fumeur avec de la musique à fond, des gens qui viennent te parler quand tu leur dis "excuse-moi mais je me sens pas d'humeur à entamer une conversation", et qui comprennent pas, et puis, ce que j'aime pas, c'est *l'ennui* aussi, parce qu'on s'y ennue pas mal, donc en général, les deux premiers jours, tout ce que je veux, c'est *le lit, la chambre et la sécurité, d'avoir l'équipe infirmière autour*. Mais au bout d'un moment, ça passe. »

## ÉTIENNE\*

- **Au sujet de la durée et des motifs de ses hospitalisations successives :**

« Plus de *deux ans* au total, de passages *subis* en HP, ouais. Et puis, à 95% du temps en hospitalisation sous contrainte. Les hospitalisations libres, où c'est négocié avec l'équipe médicale, et puis tu gardes tes droits, j'ai dû faire ça deux ou trois fois dans ma vie maximum, quoi. Toutes les autres fois ou presque, c'était sur la volonté d'un *tiers*. [Ce tiers], c'était souvent ma mère. Parce qu'elle réagit selon sa propre expérience, et quand elle me

voit dans certains états, elle analyse mon état en fonction de comment elle a pu être elle, mais de la même façon que tout individu est particulier, chaque malade devrait l'être aussi, mais donc elle a fait *trop d'assimilations*. Enfin, c'est comme ça que je me l'explique aussi, ouais. Entre ses troubles à elle, et comment elle les a gérés ou mal gérés, et ce qu'elle voit chez moi, du coup elle sonne le signal d'alerte, elle fait venir les pompiers, le médecin et c'est assez facile. Une fois que tu as *l'étiquette*, une fois que tu as été hospitalisé une, deux ou trois fois, ça devient une routine pour eux, pour les services médicaux, hospitaliers. Ils t'hospitalisent *sans même regarder*, quoi. [...] Pour moi, j'ai toujours considéré que c'était pour la *sécurité* et la *tranquillité*, surtout la tranquillité, de la famille, qu'on m'hospitalisait. Parce que, quand on regarde comment on doit hospitaliser les gens sans leur volonté, où normalement, tu dois être hétéro-agressif ou auto-agressif, représenter une *menace* ou pour toi, ou pour les autres, de tout ce que j'ai pu vivre, de tous les comportements que j'ai pu avoir et qui m'ont mené en HP, j'ai jamais frappé quelqu'un, j'ai jamais prétendu ou menacé de me suicider, de me faire du mal, donc non, ils ont *outrépassé leurs droits*, je crois. »

▪ **Ses sentiments concernant sa première hospitalisation :**

« Une grande *injustice*, ne rien comprendre du tout, parce que c'est pas du tout expliqué. Tu arrives dans une chambre, et encore, est-ce que j'avais connu les chambres d'isolement, je m'en souviens pas, mais *y'a pas de mode d'emploi* quand tu arrives en psychiatrie la première fois. On te dit pas "ça va se passer comme ci, comme ça", etc., non, non, non. C'est à toi d'apprendre l'entraide entre patients, ce qui fait qu'on t'explique, on te prend en charge, y'a des gens qui t'épaulent, qui te montrent un petit peu la marche à suivre, comment ça se passe au quotidien. J'avais du bol pour cette première hospitalisation, d'être *super entouré* au niveau de mes amis, et donc d'avoir des visites à n'en plus finir, mais ça, ça s'est éparpillé par la suite hein ! (*rires*) Ils en ont eu ras-le-bol à la fin hein... "Au bout de la quinzième, tu fais chier hein !" (*rires*) Et ouais, de pas avoir de dialogue entre moi, ou nous les malades, et les infirmiers, encore moins avec les médecins... Ouais, donc beaucoup d'injustice, je me souviens de l'état dans lequel j'étais, c'était en pleine coupe du monde, on regardait les matches de foot comme ça, complètement avachis sur des fauteuils, on comprenait rien à ce qui se passait, et bah du coup, j'ai pas vécu la coupe du monde, quoi ! J'étais pas le 12 juillet 98 transi d'émotion, que dalle ! J'étais *en mode zombie*, quoi. »

▪ **Les hôpitaux qu'il a fréquentés et la relative « désincarnation » de ces lieux :**

« Alors, normand que je suis, j'ai connu les hôpitaux de Vire, de Saint-Lô, de Caen, un peu plus loin de Rouen, de Rennes, de Paris, et puisque j'ai vécu à Montpellier, j'ai connu, bah, l'hôpital psy de Montpellier, et je crois que dans le Sud, c'est tout. J'ai fait une nuit aux urgences à Marseille mais ça compte pas, et Madrid, aussi. Et *je crois que c'est tout*. [...] C'est déjà pas mal ! Et donc du coup, ça te donne une *bonne visibilité* de ce qu'il se passe en psychiatrie. Y'a des lieux qui ont été *traumatisants*, ouais, c'est à Paris. Paris, Maison-Blanche, dans le XXème arrondissement, à Avron, et c'est *carcéral*. Y'a des grilles partout, les bâtiments sont formés autour d'une sorte de cercle, et donc sur des étages, comme une sorte de... Je sais pas exactement à quoi comparer ça, mais on voit des étages, on voit la cour en contrebas, les gens qui la fréquentent, parce que c'est le seul lieu commun qu'on puisse avoir à l'extérieur de nos propres bâtiments, de nos propres services, et y'a des grilles euh. Je te dis, c'est *carcéral*, et puis c'est aussi des lieux de trafic, machin. 'Fin bon, Avron, c'est vraiment pas bien. Après, y'a eu des lieux plus ou moins humanisés, on va dire, mais

qui manquent quand même définitivement de... 'Fin, je dis humanisés, mais... De *personnalisation*, c'est-à-dire que les murs sont neutres, y'a pas d'affichage, y'a pas les patients, même s'ils sont là pour quinze jours, trois semaines, deux mois, je sais pas, qui *s'approprient* leur univers, non. Tu sens, quand tu arrives en HP, quel qu'il soit, que tu es là de passage, et puis du coup, ça sert à rien d'imprimer quoi que ce soit de ta part, de toi, venant de toi, dans ces lieux-là, parce que y'a personne avant toi qui l'a fait, et ça te donne pas envie de le faire toi-même. Nan, c'est des lieux assez *impropres*. »

▪ **Les relations qu'il entretient vis-à-vis des équipes soignantes hospitalières :**

« Un infirmier ou une infirmière sur cinq ou six, avec qui je peux relativement *bien* m'entendre. C'est une moyenne, hein. Mais sinon ouais, quatre fois sur cinq (*souffle*), pas de contact. Pas de contact. Ce que je leur reproche, c'est le *ton* avec lequel ils nous parlent. Franchement, des citoyens de seconde zone, comme si tu étais des gros benêts avec un QI de moins de 60, et puis ils sont obligés de te gueuler dessus pour te faire comprendre des choses, 'fin comme si on était sourd, en plus ! [...] Ils sont dans leur blouse blanche, les *bras armés* des médecins, *imbus d'un certain pouvoir*, et donc ils peuvent agir sur toi sans que tu puisses te plaindre, et puis voilà. Ils ont leur petit pouvoir, leur petit *sceptre*, je sais pas quoi, qui font qu'ils sont là, ils se mettent en position supérieure à toi, et non, ça passe pas, non. Je reprends les paroles d'une amie : une maladie psychique, c'est pas un trouble de l'intelligence, c'est un trouble de l'humeur. Voilà, de temps en temps, je vais pas te faire le récit, 'fin voilà, on n'a pas de problèmes intellectuels particuliers quoi. Qu'on soit pas bien, en phase down, ou up, on arrive à être normalement *relativement intelligible*, et puis on arrive aussi à comprendre ce qu'on nous dit. Mais simplement, dans le discours infirmier, je sais pas, il faudrait voir ce qu'il se passe dans leurs écoles de formation pour qu'ils nous parlent de cette façon-là, 'fin je comprends pas, quoi. [...] Ils ne font *aucun effort de pédagogie*, hein. Et après, ils se réfugient derrière leur paperasse administrative à remplir, leur emploi du temps, le fait qu'ils aient pas le temps, de la même façon qu'on parle de la maltraitance dans les EHPAD, parce que les aides-soignantes ont pas suffisamment de temps pour s'occuper de telle ou telle personne, de faire leur toilette, le temps minimum nécessaire et machin, bah les infirmiers en psychiatrie se réfugient derrière les mêmes arguments, "on n'a pas le temps pour", mais moi je vois le temps qu'ils ne prennent *pas* pour. Ils pourraient très bien le prendre, mais pour moi, c'est de la *paresse* et de la *fainéantise*. »

▪ **Lorsque nous lui demandons s'il regrette le parcours psychiatrique qui a été le sien :**

« C'est-à-dire que dans un premier temps, ce qui va avec le diagnostic, l'étiquette, le sparadrap là, du Capitaine Haddock, c'est tout ce qu'on appelle la *désocialisation*, la *disqualification*. Quand tu es affublé d'une étiquette psy, les gens se détournent, ils sont rares... Comment dire ça ? Enfin, petite parenthèse. Ce qui est bien avec cette maladie, les maladies psy en général, c'est que quiconque a trop d'amis au départ en a beaucoup moins à l'arrivée, et ceux-là, normalement, ils restent, donc ça permet de *filtrer les amitiés*, les vraies, les fausses, et donc au bout de quelques années, ne restent que les bonnes. Donc déjà, ça c'est pas mal. Enfin ça, c'était une boutade, mais... Franchement, quand je vois ce que ma vie aurait pu être si j'avais pas connu le diagnostic, si j'avais pas connu *l'ostracisme* de la société, etc., et puis de mon parcours, ce qu'il aurait pu être, non, j'aurais préféré ne pas connaître ça. Mais maintenant, l'ayant connu, eh bien, pour moi en tout cas... Ça marche pas pour tout le monde, mais moi, *j'en ai fait une cause*, de la psychiatrie. De vouloir la réformer, la changer,

la blackbouler, ou je sais pas comment dire. Du coup, pour l'avoir bien intégrée, bien digérée, j'ai juste envie de recracher à la gueule de la société. Je fais partie, c'est un peu comme les Indiens là, les Intouchables, je fais partie de cette caste que vous ne voulez pas voir, pourtant je suis là, j'existe. [...] C'est même pas du tabou, même si ça fait partie du tabou, mais l'écart de regard entre ce que les gens perçoivent de la maladie mentale ou de la maladie psychique, et comment elle existe dans le quotidien... Elle est universelle. L'OMS qui disait en 2001 "c'est 25% des gens qui vont être confrontés à un problème psy dans leur vie". Et ça, c'était y'a quinze ans, et on parlait pas encore des troubles psychosociaux liés au travail, on parlait pas encore du burn-out, donc tôt ou tard, et je pense que je verrai ça de mon vivant, (*utilise un ton gaulliste*) tôt ou tard les troubles psy seront majoritaires dans la société... Mais ça fera une *claque*, hein, ça fera une claque quand on sera plus de 50%, parce que *la normalité, elle sera à chercher où alors, dans ces cas-là ?* Ce sera nous les normaux, ce seront les gens qui ont aucune affection, qui seront complètement froids, ceux qui ont un cœur de pierre quoi, *grosso modo*, qui seront les minoritaires ! »

▪ **A propos de la manière dont il se sent, généralement, à sa sortie de l'hôpital :**

« Tu as été privé de tes repères pendant trois semaines [...]. Tu te sens complètement *déconnecté* parce que tu as pris un tel *rythme* dans l'hospitalisation, pendant les quinze premiers jours mettons, à te lever à 8h, à être au petit-déj à 8h30, à prendre tes médicaments à telle heure, etc. Tout est *chronométré*, tout est machin, et quand tu te retrouves avec la liberté d'être qui tu étais avant, pendant même 48h, j'ai pas d'image pour décrire ça, mais c'est *comme si tu te prenais un grand truc dans la face*, quoi. *Comme si tu buvais la tasse*, enfin pour moi. Et puis après, quand vient le moment où vraiment, l'hospitalisation se termine, où tu retournes dans ta vie telle qu'elle était avant, là y'a *pas d'accompagnement*. Au mieux, tu peux avoir un conjoint, une conjointe, de la famille, quelques amis et encore, c'est pas là où les mais sont les plus présents, mais il faut, il vaut mieux en tout cas être accompagné soit par sa famille, soit par ses conjoints si on peut, parce que si tu es tout seul à *te réapproprier ton univers* quand l'hôpital te dit "bon ben, bye bye, on en a fini avec vous", tu es reprojété dans le *grand bain*, sans repère aucun, tu as tout à réapprendre, et c'est *super violent*. C'est super violent qu'il y ait pas cette phase de transition, un accompagnement, qui durerait quelques jours, et ça ce serait un truc à proposer à la ministre de la Santé, mais voilà, de quelques jours, les trois, quatre premiers jours pour te réapproprier ton univers, pour qu'il y ait cette *transition* qui s'effectue entre l'hôpital et chez toi, ta maison, et moi, ce qui va souvent de pair avec la fin d'une hospitalisation, c'est un grand passage dépressif. »

▪ **Son vécu des troubles de la bipolarité :**

« En quasiment douze ans de diagnostic, j'ai jamais réussi à mettre en place une quelconque *stratégie* pour éviter les contrecoups des périodes dépressives. Ça me fauche du jour au lendemain, le soir, je peux m'endormir en étant plus ou moins bien, plutôt bien même, et le lendemain me réveiller et tout a disparu. Tout est gris, tout est noir, *plus rien n'a de sens*, plus d'envie et machin, et c'est dans ces moments-là que je vais essayer... 'Fin, soit je m'isole, soit je réponds plus et ça peut durer longtemps, mais quand même, en général, y'a toujours deux-trois amis à qui je téléphone pour décrire l'état dans lequel je suis. 'Fin pour eux, ça a rien de neuf hein, je *rechute*, mais j'ai besoin. Même s'ils y peuvent rien hein, mais au moins, j'ai besoin d'être là, à *me maudire*, à me dire "mais putain, fait chier, je suis encore dans cet état, tout est vide", etc., etc. Mais par contre, versant opposé, quand je suis en phase qu'on appelle hypomaniaque ou maniaque, là *j'ai besoin de personne* quoi. Mais vraiment

hein. Je disais, il y a quelques années en arrière, que dans ce genre d'état-là, *le monde pourrait ne pas exister, que j'en serais tout aussi content*. C'est-à-dire qu'à la différence de l'autre là, Lamartine, qui disait "un être vous manque et le monde est dépeuplé", moi quand je suis dans des phases maniaques, le monde pourrait se dépeupler que personne ne me manquerait. »

▪ **Au sujet de sa propension à évoquer ses problèmes de santé avec d'autres personnes :**

« C'est quelque chose dont je parle facilement, mais c'est aussi quelque chose dont on m'a fait le *reproche*. Des amis que j'ai pu rencontrer en psy, qui portent leur fardeau, d'avoir leur propre étiquette, trouvent que *je la mets trop en avant*, cette maladie. Enfin, la maladie, la pathologie psy en général. Mais je sais pas s'il y a un modèle là-dedans, mais j'ai l'impression qu'à long terme, ma position est plus *soutenable* que la leur, parce qu'il y a un grand nombre de personnes qui vivent un peu dans le *déni*. Ces parenthèses-là, ça peut être une, ça peut être deux, ça peut être dix, ça peut être vingt... 'Fin, quand c'est vingt pour le coup, t'as *pas trop le choix que de vivre avec*, mais pour ces gens qui, on va dire, ont *trébuché*, ont connu les univers des HP, une, deux ou trois fois dans leur vie, et qui arrivent après une période de convalescence à se remettre bien, à retrouver le chemin de la normalité, d'un environnement professionnel, social, etc., eh ben ils passent ça *sous silence*, et ils font pas mention qu'ils ont été en HP, de leurs états d'âme, etc., et ils font style que tout va bien, ils vivent dans un parfait déni. Malheureusement, j'ai l'impression, et j'ai quand même pas mal de recul, ça fait quinze ans que je... Plus même, enfin, ça fait douze ans que le diagnostic est là, et donc douze ans que je vis des passages en HP, et j'ai l'impression que vivre dans cette forme de déni, *c'est comme vivre avec un boomerang derrière la tête*, quoi. Ça te *rattrape* tôt ou tard. »

▪ **La manière dont il entrevoit son parcours de soins et de vie à venir :**

« Je vais pas dire que c'est gagné *ad vitam æternam*, mais *je crois avoir résolu la problématique psychotique de mes délires*. Donc quand je suis en période très haute, je peux plus dire maintenant que je suis en phase maniaque, je suis en phase hypomaniaque oui, mais pas maniaque, parce que ce qui va avec la manie, c'est les délires. Les délires où tu as une déréalisation, où tu recrées une *symbolique différente*... Enfin, ton monde, ton interprétation du monde change. Là, moi, ça change pas, et ça change plus depuis deux bonnes années maintenant. Donc déjà, si j'ai réussi à régler ça, *je dis pas que j'ai vaincu*, hein. Parce que de la même façon qu'on reste un ex-alcoolique ou un ex-fumeur, *je resterai un ex-bipolaire, peut-être*. »



## LEXIQUE

### **AAH (Allocation adulte handicapé)**

Aide financière versée par les Caisses d'allocations familiales (CAF), sur la décision des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), aux personnes dont on reconnaît le handicap et/ou la maladie, ainsi que l'incapacité, temporaire ou chronique, totale ou partielle, d'accéder à un emploi (<http://handicap.gouv.fr/les-aides-et-les-prestations/prestations/article/allocation-aux-adultes-handicapes-aah>)

### **Accoutumance médicamenteuse**

Phénomène par lequel un organisme « s'habitue » à la présence d'une substance en son sein, pouvant induire la nécessité d'en augmenter l'absorption pour obtenir les effets initiaux

### **Akathisie (ou syndrome des jambes sans repos)**

Effet secondaire éventuel d'un traitement neuroleptique, inclus dans la catégorie des syndromes extrapyramidaux et se traduisant par un irrépressible besoin de remuer les jambes, en période de sommeil, de repos ou d'inactivité (Juignet, 2015)

### **ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé)**

Agence créée par la loi du 29 décembre 2009, relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé. Elle assume deux missions principales : offrir un accès équitable à l'innovation pour tous les patients, et garantir la sécurité des produits de santé tout au long de leur cycle de vie, depuis les essais initiaux jusqu'à la surveillance après autorisation de mise sur le marché

### **Antipsychiatrie**

Mouvement social et courant intellectuel s'affirmant dans le contexte des contestations plurielles de la fin des années 1960, et plus particulièrement axée sur une dénonciation des traitements psychiatriques alors en vigueur depuis plus de deux siècles, et d'une coercition exercée par l'institution concernée (Nasrallah, 2001)

### **Anxiolytique**

Substance thérapeutique destinée à atténuer ou juguler l'angoisse ou l'anxiété (Pommereau, 1995 : 30)

### **Bipolarité**

Ensemble de troubles psychiques se caractérisant par une alternance entre des épisodes d'excitation maniaque et des phases de dépression mélancolique (Pommereau, 1995 : 50)

### **Bouffée délirante**

Épisode psychotique d'apparition brutale, caractérisé par un délire dont les thèmes et les mécanismes sont polymorphes. Il s'accompagne d'une déstructuration de la personnalité avec agitation, angoisse, confusion mentale... Cette manifestation subite survient chez un sujet,

souvent jeune, jusque-là apparemment indemne de troubles mentaux graves. Elle est généralement de durée brève. Pour caractériser son déclenchement, on parle en psychiatrie de « coup de tonnerre dans un ciel serein »

### **Chambre de soins intensifs (CSI ou « isolement »)**

Mode de placement d'un patient, en contexte hospitalier, dans un espace réduit qu'il occupe seul, et dont il ne peut pas s'extraire de lui-même (sortie verrouillée)

### **Choc insulinique (ou cure de Sakel)**

Traitement de choc consistant à injecter des doses massives d'insuline aux patients psychotiques, dans le but d'induire un coma hypoglycémique et de réduire leurs symptômes d'agitation psychomotrice

### **Convulsivothérapie (« électrochocs »)**

Traitement de choc consistant à provoquer des crises convulsives par administration d'un dérivé de camphre, le Cardiazol<sup>®</sup>, puis par stimulation électrique

### **Contention mécanique**

Immobilisation d'un patient par des liens, des attaches ou des camisoles de force

### **Décompensation**

Terme s'employant en médecine et en psychopathologie à propos de la brutale mise en faillite des mécanismes régulateurs assurant jusque-là l'équilibre (Pommereau, 1995 : 126-127)

### **DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)**

Ouvrage international émanant des recherches de membres de l'Association américaine de Psychiatrie (APA) et édité pour la première fois en 1952, servant depuis lors de grille d'analyse et de référence descriptive aux praticiens en psychiatrie, dans l'approche de la symptomatologie psychique des patients (révisé quatre fois : la référence contemporaine la plus récente est le DSM-V)

### **Dyskinésie**

Mouvement anormal

#### ➤ *Dyskinésie bucco-faciale*

Effet secondaire éventuel d'un traitement neuroleptique, inclus dans la catégorie des syndromes extrapyramidaux et se traduisant par des mouvements masticatoires anormaux, une motricité incontrôlée de la partie inférieure du visage (Juignet, 2015)

### **ECR (essai clinique randomisé)**

Modalité de contrôle de l'effet placebo, utilisée afin de déterminer l'effet spécifique d'une thérapeutique (des sujets volontaires, « malades » ou non, participent à ce type d'essais en consommant les médicaments qui leur seront administrés : certains recevront la substance dont on cherche à connaître le niveau d'efficacité, d'autres un placebo, à savoir ici un objet ressemblant en tous points au traitement testé, mais qui ne contient aucun principe actif – « sugar pill ») (Boussageon, 2011)



### **Effet placebo**

Du latin signifiant « je plairai » : expression qui désigne les facteurs psychologiques ou symboliques qualifiés de « non-spécifiques », c'est-à-dire les effets que la simple administration d'un traitement est susceptible d'induire, sans égards pour les propriétés chimiques et curatives de la substance dont il s'agit

### **Effet secondaire médicamenteux**

Conséquence non souhaitée de l'absorption d'un médicament, par opposition aux effets « désirés » qui ont pu en motiver la prescription — également appelés « effets primaires » (Dufour & Gagnon, 2018 : 21)

### **Étiologie**

Étude des causes d'une affection ou d'une maladie dont découlent les dispositifs diagnostiques et thérapeutiques associés (<https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tiologie>)

### **Handicap iatrogène**

Forme de handicap enracinée dans la thérapeutique elle-même (Lovell *et al.*, 2009 : 222), et plus particulièrement d'une consommation médicamenteuse

### **Handicap psychique**

Concept introduit dans la législation française par la loi sur le handicap de 2005, et qui désigne un déficit relationnel, des difficultés de concentration, une grande variabilité dans la possibilité d'utilisation des capacités psychiques et sociales alors que la personne concernée dispose de facultés intellectuelles avérées

### **Hypomanie**

Forme atténuée de l'excitation maniaque, marquée par l'hyperactivité psychique et comportementale plus ou moins bien compensée (Pommereau, 1995 : 235)

### **Lobbying**

Activité qui consiste à procéder à des interventions destinées à influencer directement ou indirectement les processus d'élaboration, d'application ou d'interprétation des mesures législatives, normes, règlements et, plus généralement, de toute intervention ou décision des pouvoirs publics (Bardon & Libaert, 2012)

### **Lobotomie/leucotomie**

Actes chirurgicaux, réalisés avec ou sans anesthésie, avec ou sans trépanation, consistant à sectionner des fibres nerveuses, et plus particulièrement celles abritées dans le lobe frontal (ce lobe jouant un rôle majeur dans la planification, le langage et les mouvements volontaires, les médecins qui pratiquaient la lobotomie et la leucotomie avaient postulé que l'acte de dégradation de ces connexions pouvait guérir les patients opérés de leurs troubles mentaux et moteurs)

### **Loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoires)**

Loi promulguée le 21 juillet 2009 découlant de la Révision générale des politiques publiques (RGPP) et pouvant être synthétisée par les quatre grandes thématiques suivantes : la moder-

nisation des établissements de santé, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique, et l'organisation territoriale du système de santé (<http://www.federationaddiction.fr/la-loi-hpst-hopitalpatients-sante-et-territoires>)

### **Mad Pride (littéralement « Marche de la folie »)**

Type de manifestation novateur en France (qui l'est beaucoup moins dans d'autres pays) dont le principe est apparu il y a une vingtaine d'années à Toronto (Canada), sous le nom de « Psychiatric Survivors Pride Day », et dans l'idée de défendre les droits des usagers des services de santé mentale. La première édition française a été organisée par sept associations œuvrant ensemble, le temps d'une journée : *Advocacy*, *France Dépression*, *AFTOC*, *Schizo ? Oui !*, *Vie Libre*, *Humapsy* et *Bicycle*. Comme l'indique son appellation, le mouvement s'apparente à la « Gay Pride », à une marche des fiertés dont les participants se réunissent pour lutter contre les stéréotypes dont les affections psychiques et leurs agents et acteurs sont souvent victimes

### **Malariathérapie**

Mode de traitement de la maladie mentale en vogue dans la France de l'entre-deux-guerres, visant à « calmer » l'agitation psychomotrice des personnes internées en provoquant de violentes crises de fièvre, par inoculation de l'agent infectieux de la malaria

### **Manie**

Trouble psychique intermittent se manifestant par une excitation mentale intense, avec exaltation euphorique de l'humeur et une agitation pouvant présenter tous les degrés, jusqu'à l'accès de fureur (Pommereau, 195 : 269-270)

### **Médicament psychotrope**

Substance chimique et médicamenteuse qui agit principalement sur l'état du système nerveux central et qui y induit des modifications de la perception, des sensations, de l'humeur, de la conscience ou d'autres fonctions psychologiques et comportementales (Richard et al., 2004)

### **MDPH (Maison départementale des personnes handicapées)**

Groupement d'intérêt public présent dans chaque département français, fonctionnant comme un guichet unique chargé de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches ; la MDPH a également pour objectif de sensibiliser les personnes sur les problèmes liés au handicap ([https://fr.wikipedia.org/wiki/Maison\\_d%C3%A9partementale\\_des\\_personnes\\_handicap%C3%A9es](https://fr.wikipedia.org/wiki/Maison_d%C3%A9partementale_des_personnes_handicap%C3%A9es))

### **Neuroleptique (ou antipsychotique)**

Classe thérapeutique psychotrope, désignant étymologiquement « qui affaiblit l'activité nerveuse » et agissant sur le fonctionnement du système nerveux central. Les neuroleptiques ont été créés puis utilisés dans le but d'agir efficacement sur certains aspects problématiques des schizophrénies. Par leur effet tranquilisant majeur, anti-délicirant et de lutte contre la désorganisation des pensées des sujets, ces substances viseraient notamment à réduire la fréquence et l'intensité des périodes où les troubles sont le plus aigus, et où le sujet souffrant est susceptible de devenir dangereux envers lui-même et/ou les autres

- *Neuroleptique incisif*  
Neuroleptique agissant plus spécifiquement sur les troubles de la pensée, le délire et les hallucinations
- *Neuroleptique sédatif*  
Neuroleptique particulièrement efficace sur l'angoisse et l'agitation psychomotrice

➤ *Neuroleptique-retard*

Composé antipsychotique chimiquement conçu de manière à ce que son principe actif se diffuse lentement dans l'organisme, en deux ou quatre semaines, et qui s'administre par voie intramusculaire. Cette modalité thérapeutique est surtout employée dans le traitement des psychoses chroniques, afin d'éviter au malade une prise quotidienne de neuroleptiques et d'assurer un traitement en continu

### **Neurosciences**

Ensemble de disciplines scientifiques partageant un même objet de recherche, à savoir la connaissance du système nerveux et de son fonctionnement (double programme : améliorer les modes de traitement de certaines maladies neurologiques – Alzheimer, Parkinson... / déceler d'hypothétiques causes biologiques ou génétiques dans le domaine de maladies mentales comme la schizophrénie – altérations de tissus et de cellules du cerveau etc.)

### **Nouvelle loi française sur l'internement**

Loi promulguée en juin 1990 (en remplacement de la « Loi des Aliénés » de 1838), qui consacre le principe de consentement aux soins, dont découlent trois modes hospitalisation distincts, suivant le degré de liberté des patients : hospitalisation d'office (HO), hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et hospitalisation libre (HL) (Postel & Quéstel, 2012)

### **Observance médicamenteuse**

Adéquation entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin (Corruble & Hardy, 2003 : 1)

### **PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information)**

Programme créé en 1996, dans le but de réduire les inégalités de ressources entre établissements de santé, et fournissant des informations quantifiées et standardisées au sujet des activités hospitalières (Claveranne, 2003)

### **RQTH (Reconnaissance qualité travailleur handicapé)**

Statut attribué par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), reconnaissant comme travailleur handicapé « toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales ou psychiques » (<https://www.handirect.fr/rqth-reconnaissance-handicap>)

### **Schizophrénie**

Maladie mentale appartenant au registre des psychoses, caractérisée par la rupture de l'unité psychique, la dissociation des fonctions mentales. Affection psychique grave survenant généralement en fin d'adolescence, elle désigne une psychose chronique essentiellement marquée par la désagrégation psychique (discordance et ambivalence affectives, conduites paradoxales) et la perte du contact avec la réalité, susceptible de s'accompagner d'une activité délirante incohérente. En quelque sorte coupé de lui-même, le malade se coupe du monde extérieur pour se replier dans son univers morbide et paralogique (Pommereau, 1995 : 376)

### **Schizophrénie dysthymique (ou trouble schizo-affectif)**

Trouble mental associant les symptômes d'un trouble bipolaire (caractérisé par plusieurs épisodes dépressifs ou la présence simultanée d'épisodes dépressifs et de manie) et des symptômes de schizophrénie (Pommereau, 1995 : 377)

### **Sectorisation psychiatrique**

Dispositif d'aménagement des soins apportés aux malades mentaux né de la circulaire ministérielle du 15 mars 1960, dont le principe se concrétise par la création d'équipes soignantes issues de formations professionnelles hétérogènes, à la fois chargées de la prévention, du diagnostic précoce, du traitement et du suivi des patients. La sectorisation traduit une rupture vis-à-vis de l'asile et le développement de structures intermédiaires, extrahospitalières dont le projet majeur est d'assurer la continuité des soins tout en maintenant les sujets souffrants « hors les murs »

### **Syndrome extrapyramidal**

Ensemble d'effets indésirables inhérents à la prise de médicaments psychotropes, caractérisé par un moindre contrôle de la motricité et d'une forme d'anxiété permanente (Franck & Thibaut, 2005). D'un point de vue moteur, ce syndrome associe la perturbation des mouvements (raideur musculaire, puis mouvements brusques et rapides, ou au contraire anormalement lents, avec des mouvements masticatoires également anormaux), à des impatiences et des tremblements au niveau des extrémités (Juignet, 2015)

### **Pharmacodépendance**

État psychique et parfois physique, résultant de l'interaction entre un organisme vivant et une substance, caractérisée par des réponses comportementales et autres qui comportent toujours une compulsion à prendre la substance de façon continue ou périodique afin d'en ressentir, de nouveau, ses effets psychiques (perçus comme agréables) et pour parfois éviter l'inconfort de son absence — ou "manque" (OMS, 1969)

### **Pharmacovigilance**

Procédé de surveillance des médicaments et de prévention du risque d'effet indésirable résultant de leur utilisation, que ce risque soit potentiel ou avéré ([http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacovigilance/Organisation-de-la-pharmacovigilance-nationale/\(offset\)/0](http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacovigilance/Organisation-de-la-pharmacovigilance-nationale/(offset)/0))

### **Thymorégulateur (ou normothymique, régulateur de l'humeur)**

Traitement destiné à limiter les fluctuations excessives de l'humeur (Pommereau, 1995 : 404)

### **Trouble de l'accommodation visuelle**

Effet secondaire éventuel des médicaments psychotropes, imputable à l'action de ces derniers sur la capacité « naturelle » des muscles oculaires à s'adapter aux variations lumineuses : les substances en viennent à paralyser l'activité « normale » de ces muscles et entraînent d'importants dysfonctionnements de la vue, une myopie instable et labile (Chambry, 2005)

## BIBLIOGRAPHIE

- AKRICH M., RABEHARISOA V., « L'expertise profane dans les associations de patients, un outil de démocratie sanitaire », in *Santé Publique*, vol. 24, n° 1, 2012
- AMAR E., BALSAN D., « Les ventes d'antidépresseurs entre 1980 et 2001 », in *Études et résultats*, DREES, n° 285, 2004
- ARVEILLER J.-P., TIZON P., « Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire ? », in *Pratiques en Santé mentale*, 2016
- BALINT M., *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1960
- BARDON P., LIBAERT T., *Le lobbying*, Paris, Éd. Dunod, Coll. Les Topos, 2012
- BAUDURET J.-F., « La loi du 11 février 2015 : un outil indispensable pour mieux articuler maladie mentale et handicap psychique », in *Pratiques en Santé Mentale*, vol. 62, n° 1, 2016
- BEECHER H. K., « The powerful placebo », in *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 159, n° 17, déc. 1955
- BERCHERIE P., « Pourquoi le DSM ? L'obsolescence des fondements du diagnostic psychiatrique », in *L'Information Psychiatrique*, vol. 86, n° 7, 2010
- BERNARD C., *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Paris, Flammarion, 1984 [1865]
- BONNAFÉ L., « L'esprit de secteur », in *Santé Mentale*, Paris, n° 51, 2000
- BOTTERO A., « Un siècle de schizophrénie », in *L'Information psychiatrique*, vol. 86, n° 5, 2010
- BOURDIER L., BONNEL R., « Les industries pharmaceutiques, une technocratisation de la santé ? », en cours d'édition (document gracieusement transmis par Laure Bourdier en octobre 2017)
- BOUSSAGEON R., « L'Evidence-Based Medicine (EBM) et la légitimité du pouvoir de guérir », in *Revue d'éthique et de théologie morale*, n° 266, 2011
- BOVET É., KRAUS C., PANESE F., PIDOUX V., STÜCKLIN N., « Les neurosciences à l'épreuve de la clinique et des sciences sociales. Regards croisés », in *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 7, n° 3, 2013
- BOVET P., PARNAS J., « Quelle épistémologie pour les neurosciences en psychiatrie ? L'exemple du spectre schizophrénique », in *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 7, n° 3, 2013, pp. 655-666
- BRUSSET B., « A propos de l'amendement Accoyer », in *Le Carnet Psy*, n° 86, décembre-janvier 2004
- CAIRE J.-M., *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : entre concepts et réalités*, Bordeaux, Éditions Solal, Coll. Ergothérapies, 2008

- CANGUILHEM G., « Une pédagogie de la guérison est-elle possible ? », in *Nouvelle Revue de psychanalyse*, n° 17, 1978
- CASTEL R., *La Gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1981
- CHAMAK B. (dir.), MOUTAUD B. (dir.), *Neurosciences et société. Enjeux des savoirs et pratiques sur le cerveau*, Paris, Éditions Armand Colin, Coll. Recherches, 2014
- CHAMBRY J., « La prescription des psychotropes en pédopsychiatrie : mythes et réalités », in *Médecine thérapeutique / Pédiatrie*, vol. 8, n° 1, 2005
- CLARAC F., TERNAUX J.-P., *Encyclopédie historique des neurosciences. Du neurone à l'émergence de la pensée*, Bruxelles, Éditions De Boeck Université, 2008
- CLAVERANNE J.-P., « L'hôpital en chantier : du ménagement au management », in *Revue française de gestion*, n° 29, 2003
- COHEN D., « Les "nouveaux" médicaments de l'esprit, marche avant vers le passé ? », in *Sociologie et sociétés*, volume 28, n° 2, pp. 25-27
- COLLIN J. (dir.), OTERO M. (dir.), MONNAIS L. (dir.), *Le médicament au cœur de la société contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses Universitaires de Québec, Coll. Problèmes sociaux & interventions sociales, 2006
- CORRUBLE E., HARDY P., « Observance du traitement en psychiatrie », in *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), *Psychiatrie*, 37-860-A-60, 2003
- COSGROVE L., KRIMSKY S., VIJAYARASHAVAN M., SCHNEIDER L., "Financial Ties between DSM-IV Panel Members and the Pharmaceutical Industry", in *Psychotherapy and Psychosomatics*, n° 75, 2006, pp. 154-160
- COUPECHOUX P., *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Paris, Éditions du Seuil, 2006
- CSORDAS T. J., "Somatic Modes of Attention", in *Cultural Anthropology*, vol. 8, n° 2, mai 1993
- CUJO Ph., DESSEIGNE J., HORASSIUS M., KOECHLIN Ph., « Le secteur et les malades difficiles », in *L'Information psychiatrique*, vol. 54, n° 2, 1978
- DAGOGNET F., *La Raison et les Remèdes*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Dito, 1964
- DEMAILLY L., *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, Éd. La Découverte, Coll. Repères, 2011
- DENIKER P., « Les neuroleptiques sont-ils l'équivalent de la libération des chaînes ? », in OLIE J.-P. (dir.), GINESTET D. (dir.), JOLLES G. (dir.), LÔO H. (dir.), *Histoire d'une découverte en psychiatrie. 40 ans de chimiothérapie neuroleptique*, Paris, Doin Éditeurs, 1992
- DISSEZ N., « Qu'est-ce que la santé mentale ? », in *Journal Français de Psychiatrie*, vol. 4, n° 27, 2006
- DUBOS R., PINES M., *Santé et maladie*, New York, Time Editions, Coll. Le Monde des sciences, 1966

- DUFOUR C., GAGNON M., « La relation patient-médecin : une théorisation ancrée dans l'expérience des effets secondaires aux antirétroviraux », in *Recherches en Soins Infirmiers*, n° 132, 2018
- DUPUY J.-P., KARSENTY S., *L'invasion pharmaceutique*, Paris, Éditions du Seuil, Coll. Points, 1974
- DURAND B., « Soins psychiatriques : le retour de la contrainte et de la stigmatisation », in *Les Tribunes de la Santé*, n° 32, octobre 2011
- DURKHEIM E., *Le Suicide*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Quadrige, 2007 [1897]
- EDELMAN G. M., *Biologie de la conscience*, Paris, Odile Jacob, 2000 [1992]
- EHRENBERG A., *Le culte de la performance*, Paris, Calmann-Lévy, 1991  
 « Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale », in *Esprit*, vol. 304, n° 5, 2004a, pp. 133-156  
 « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. Point de vue », in *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, 2004b, pp. 77-88  
 « Le cerveau "social". Chimère épistémologique et vérité sociologique », in *Esprit*, vol. 1, 2008, pp. 68-81  
*La société du malaise*, Paris, Odile Jacob, 2010
- EHRENBERG A. (dir.), LOVELL A. M. (dir.), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, 2001
- ESTROFF S., *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Le Plessis-Robinson, Éditions Synthélabo, Coll. Les Empêcheurs de Penser en Rond, 1998 [1981]
- EY H., *Plan d'organisation du champ de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1966
- FAINZANG S., *Médicaments et société*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Ethnologies-Controverses, 2001
- FALISSARD B., « Les médicaments de la folie », in *Esprit*, vol. 3, mars-avril 2015
- FERRY J.-M., « Penser la santé aujourd'hui et demain », in FERRY J.-M. (dir.), GUIBET-LAFAYE C. (dir.), HUNYADI M. (dir.), *Penser la santé*, Paris, Presses Universitaires de France, 2010
- FRANCK N., THIBAUT F., « Pharmacologie et mode d'action des neuroleptiques », in *EMC Psychiatrie*, vol. 2, n° 4, 2005
- FREUD S., *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984 [1933]
- GABE J., « La controverse sur l'Halcion en Grande-Bretagne : une étude sociologique », in *Santé mentale au Québec*, vol. 22, n° 1, 1997
- GALBRAITH J. K., *Le Nouvel État industriel : Essai sur le système économique américain*, Paris, Éd. Gallimard, Coll. TEL, 1989 [1967]

- GOFFMAN E., *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, Coll. Le sens commun, 1968 [1961]
- GOUDEMAMAND M., « La situation hospitalière avant et immédiatement après l'introduction du Largactil », in OLIE J.-P. (dir.), GINESTET D. (dir.), JOLLES G. (dir.), LÔO H. (dir.), *Histoire d'une découverte en psychiatrie. 40 ans de chimiothérapie neuroleptique*, Paris, Doin Éditeurs, 1992
- GOUGOULIS N., « Les psychotropes et leurs effets d'un point de vue métaphysique dans le travail clinique avec les patients psychotiques », in *Revue française de psychanalyse*, vol. 66, n° 2, 2002
- GRAND I. (dir.), JUAN S. (dir.), VIGNET J. (dir.), *La technocratie en France. Une nouvelle classe dirigeante ?*, Lormont, Éd. Le Bord de l'Eau, Coll. Documents, 2015
- GRARD J., « Frontières invisibles : Expériences de personnes prises en charge au long cours par la psychiatrie publique en France », Thèse d'Anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, 2011
- GUILE J.-M., « La médecine fondée sur les données probantes (evidence-based medicine) et son application au champ des troubles de la personnalité », in *Perspectives Psy*, vol. 44, 2005
- GUYATT G. et al., « Evidence-Based Medicine : A new approach to teaching the practice of medicine », in *Journal of the American Medical Association*, vol. 17, n° 268, 1992
- HAXAIRE C., « “Calmer les nerfs” : automédication, observance et dépendance à l'égard des médicaments psychotropes », in *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20, n° 1, 2002
- HAXAIRE C., GENEST Ph., BAIL Ph., « Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique », in BLOY G. et al., *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESS, Coll. Métiers Santé Social », 2010
- HOCHMANN J., *L'Histoire de la psychiatrie*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. « Que sais-je ? », 2004
- JONES E., *La vie et l'œuvre de Sigmund Freud (vol. III)*, Paris, Presses Universitaires de France, 1969 [1957]
- JOUET E., « Prendre pouvoir sur sa vie en santé mentale : illustrations actuelles », in *Le sujet dans la cité*, n° 5, 2014
- JUAN S., « Une interprétation sociologique de l'action technocratique », in *Les Temps Modernes*, n° 483, octobre 1986
- JUIGNET P., *Manuel de psychopathologie générale : enfant, adolescent, adulte*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, Coll. Libres cours Psychologie, 2015
- KESEY K., *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, Paris, Stock, 2013 [1962]
- KLEINMAN A., *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, Berkeley, University of California Press, 1980
- LAHIRE B., « Logiques pratiques : le “faire” et le “dire sur le faire” », in *Recherche & Formation*, n° 27, 1998



- LASCH C., *Le complexe de Narcisse : la nouvelle sensibilité américaine*, Paris, Éditions Laffont, 1981
- LAURENT A., *L'individu et ses ennemis*, Paris, Éditions Hachette, 1987
- LE MOIGNE Ph., « La dépendance aux médicaments psychotropes. De la psychopharmacologie aux usages », in *Drogues, santé et société*, vol. 7, n° 1, 2008
- LE PAPE A.-F., « La santé mentale est l'affaire de tous », in *Vie sociale et traitements - VST*, n° 73, 2002
- LEMPERIERE T., ROPERT R., « La révolution neuroleptique, le congrès de 1955 », in ARVEILLER J. (dir.), *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, Presses Universitaires de Caen, 2008
- LENGLET R., TOPUZ B., *Des lobbies contre la santé*, Paris, Éd. Syros, Coll. Société et santé, 1998
- LESAGE A., STIP E., GRUNBERG F., « What's up, doc ? Le contexte, les limites et les enjeux de la médecine fondée sur les données probantes pour les cliniciens (evidence-based medicine) », in *Can J Psychiatry*, n° 46, 2001
- LÉVI-STRAUSS C., *La pensée sauvage*, Paris, Éditions Plon, 1962
- LÉVY J. J. (dir.), Garnier C. (dir.), *La chaîne des médicaments. Perspectives pluridisciplinaires*, Québec, Presses de l'Université du Québec, Coll. Santé et Société, 2007
- LONDRES A., *Chez les fous*, Paris, Le Serpent à Plumes Éditions, Coll. Motifs, 1997 [1925]
- LOONIS E., « Les modèles économiques des addictions », in *Psychotropes*, vol. 7, n° 2, 2001
- LOVELL A. M. (dir.), EHRENBERG A. (dir.), *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, 2001
- LOVELL A. M., TROISCEUFS A., MORA M., « Du handicap psychique aux paradoxes de sa reconnaissance : éléments d'un savoir ordinaire des personnes vivant avec un trouble psychique grave », in *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, 2009
- MARION G., « Le Viagra : création d'une opportunité et performance d'un marché », in *Annales des Mines - Gérer et comprendre*, vol. 95, n° 1, 2009
- MASSE G., « Pour une réhabilitation psychosociale à la française », in *L'Information psychiatrique*, vol. 82, avril 2006
- MAUSS M., *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, Presses Universitaires de France, Coll. Quadrige, 2007 [1925]  
« Divisions et proportions des divisions de la sociologie », *Œuvres*, 3 (« Cohésion sociale et division de la sociologie »), Paris, Éditions de Minuit, Coll. Sens commun, 1969 [1927]
- MÉADEL C., AKRICH M., « Internet, tiers nébuleux de la relation patient-médecin », in *Les Tribunes de la Santé*, n° 29, 2010
- MISSA J.-N., *Naissance de la psychiatrie biologique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006

- MULKAY M., "Rhetorics of Hope and Fear in the Great Embryo Debate", in *Social Studies of Science*, vol. 23, n° 4, 1993
- MUNCK J. (de), « Vers un traitement social individualisé de la souffrance psychique ? », in *Problèmes politiques et sociaux - Santé mentale et société*, La Documentation française, avril 2004
- NASRALLAH H. A., « The antipsychiatry movement: Who and why », in *Current Psychiatry*, déc. 2001
- NATHAN T., STENGERS I., *Médecins et sorciers*, Paris, La Découverte, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 2000
- OGIEN A., *Le raisonnement psychiatrique. Essai de sociologie analytique*, Éditions Méridiens Klincksieck, Coll. Réponses sociologiques, 1989
- OTERO M., *Les règles de l'individualité contemporaine. Santé mentale et société*, Laval, Les Presses de l'Université Laval, 2003
- PALAZZOLO J., « Communication et observance dans la relation thérapeutique en psychiatrie », Thèse d'anthropologie, Nice, 2004
- PALAZZOLO J., MIDOL N., CANDAU J., « Vers une gestion autonome de la médication en psychiatrie ? Approche anthropologique », in *Annales Médico-Psychologiques*, n° 166, 2008
- PASSAMAR M., TELLIER O., VILAMOT B., « L'agitation psychomotrice, la sédation médicamenteuse et l'urgence psychiatrique chez le patient psychotique », in *L'Encéphale*, vol. 37, n° 6, 2011
- PIGNARRE Ph., *Les deux médecines. Médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*, Paris, La Découverte, Coll. Sciences et société, 1995  
*Puissance des psychotropes, pouvoir des patients*, Paris, La Découverte, Coll. Sciences et société, 1999  
*Les malheurs des pys. Psychotropes et médicalisation du social*, Paris, La Découverte, 2006
- POMMERAU X., *Dictionnaire de la folie. Les mille et un mots de la déraison*, Paris, Éditions Albin Michel, 1995
- POSTEL J., QUÉTEL C., *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, Coll. Idem, 2012
- RHODES L. A., « "This will clear your mind" : the use of Metaphors for Medication in Psychiatric Settings », in *Culture, Medicine and Psychiatry*, n° 8, 1984
- RICHARD D., SENON J.-L., VALLEUR M., *Dictionnaire des drogues et des dépendances*, Paris, Éditions Larousse, 2004
- RODRIGUEZ DEL BARRIO L., CORIN E., POIREL M.-L., « Le point de vue des utilisateurs sur l'emploi de la médication en psychiatrie : une voix ignorée », in *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 2, 2001
- RODRIGUEZ DEL BARRIO L., POIREL M.-L., « Émergence d'espaces de paroles et d'action autour de l'utilisation de psychotropes : la Gestion autonome des médicaments de l'âme », in *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, n° 2, 2007

- ROELANDT J.-L., DESMONS P., *Manuel de psychiatrie citoyenne. L'avenir d'une désillusion*, Paris, Éditions In Press, Coll. Des pensées et des actes en santé mentale, 2002
- RUETSCH O., VIALA A., BARDOU H., MARTIN P., VACHERON N. M., « Prise de poids pharmaco-induite par les psychotropes et sa prise en charge : revue des données de la littérature », in *L'Encéphale*, vol. 31, cahier 1, 2005
- SAKS E. R., *The Center Cannot Hold. My Journey Through Madness*, New York, Hyperion, 2008
- SAOUT C., CHARBONNEL B., BERTRAND D., « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient », Rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, septembre 2008
- SCHEPER-HUGHES N., LOCK M. M., "The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology", in *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, vol. 1, n° 1, 1987
- SIMON C./AFP, « Maladie mentale : un rapport qui dénonce les pratiques d'hôpitaux psychiatriques », *Sciences et Avenir*, 25/05/2016
- SIVADON P., *Psychiatrie et socialité. Récit autobiographique et réflexions théoriques d'un psychiatre français*, Toulouse, Éditions Érès, Coll. Psychiatrie, 1993
- STORPER-PEREZ D., « Sociologie de l'hôpital psychiatrique », in *Encyclopédie médico-chirurgicale (Psychiatrie)*, 37928 A 10, 1969
- SWAIN G., *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard Nrf, Bibliothèque des Sciences Humaines, 1994
- TOURAINÉ A., *L'après-socialisme*, Paris, Éditions Grasset, 1980
- VELPRY L., *Le quotidien de la psychiatrie. Sociologie de la maladie mentale*, Paris, Éditions Armand Colin, 2008
- VERMOREL H., VERMOREL M., « Essai sur l'évolution de l'hôpital psychiatrique », in *L'Information Psychiatrique*, vol. 42, 1966
- VERPEAUX M., « Le secteur psychiatrique, outil de gestion médico-administrative », in CHANOIT P.-F. (dir.), VERBIZIER J. (dir.), *Sectorisation et prévention en psychiatrie*, Toulouse, Éditions Érès, Coll. Psychiatrie et société, 1987
- VILLE I., RAVAUD J.-F., « Personnes handicapées et situations de handicap », in *Problèmes politiques et sociaux*, n° 892, 2003
- WEYENETH M., « Sémiologie psychiatrique », in PERROT E. (dir.), WEYENETH M. (dir.), *Psychiatrie et psychothérapie. Une approche psychanalytique*, Louvain-la-Neuve, Éditions De Boeck Supérieur, Coll. Carrefour des psychothérapies, 2004
- WILSON M., « DSM-III and the transformations of American psychiatry », in *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, n° 3, mars 1993
- WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians), *Making medical practice and education more people relevant to people's needs: the contribution of the family doctor*, Genève, OMS edition, 1995

YOUNG A., "When Rational Men Fall Sick : An Inquiry into some Assumptions Made by Medical Anthropologists", in *Culture, Medicine and Psychiatry*, n° 5, 1981

ZARIFIAN E., *Des paradis plein la tête*, Paris, Odile Jacob, 1994

*Le prix du bien-être. Psychotropes et société*, Paris, Ed. Odile Jacob, 1996

*Les jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob, 2000 [1988]