Cahiers de Psychologie Politique

N° 37 | 2020
Les politiques de santé Juillet 2020

La surmédicalisation de la dépression : science, marketing et biopouvoir

Gerard STAN

Édition électronique :
URL :
https://cpp.numerev.com/articles/revue-37/982-la-surmedicalisation-de-la-depression-science-marketing-et-biopouvoir
DOI : numerev_1238
ISSN : 1776-274X
Date de publication : 01/07/2020

Cette publication est sous licence **CC BY-NC-ND** (Attribution - No commercial - No derivatives).

Pour **citer cette publication** : STAN, G. (2020) La surmédicalisation de la dépression : science, marketing et biopouvoir. *Cahiers de Psychologie Politique*, (37). https://doi.org/10.34745/numerev_1238

DOSSIER : POLITIQUE DE SANTE

L’une des frustrations les plus grandes de l’industrie pharmaceutique, exprimée déjà depuis 1980 par Henry Gadsden, directeur exécutif de Merck, a été que le potentiel des médicaments est limité à la seule catégorie des malades. Il est dans la logique de l’industriel pharmacien d’une société régie par la maximalisation du profit de produire des médicaments pour tous, y compris les sains. Ce rêve de l’industrie pharmaceutique s’est fait réalité non seulement par la mise sur le marché de suppléments alimentaires que chacun peut s’auto-prescrire et consommer, mais aussi par la médicalisation de symptômes, réactions ou conduites présentes chez la plupart des hommes sains. Quelques considérations épistémologiques éclairent ce qui se joue derrière le diagnostic de la dépression. Les antidépresseurs et « la psychiatrie sans preuve » et un biopouvoir en forme de monopole sur le discours de la vérité qui agit par la réification de la souffrance psychique.

Mots-clés :

DOSSIER : POLITIQUE DE SANTE

Gerard Stan *est maître de conférences à la Faculté de Philosophie et des Sciences Socio-Politiques de Iassy, Roumanie. Il est docteur en épistémologie. Il a écrit une thèse sur les débats contemporains concernant l'idée de la loi de la nature. Il a publié deux livres, L'ordre de la nature et les lois de la science (2004) et Connaissance et vérité (2006) et de nombreux articles dans des revues académique. Ses recherches les plus récentes portent sur les fondements cognitifs de la communication et l'impact du phénomène de branding sur le monde contemporain.*

SOMMAIRE

1. La science derrière le diagnostic de la dépression ; considérations épistémologiques

2. Les antidépresseurs et « la psychiatrie sans preuve »

3. Le biopouvoir comme monopole sur le discours de la vérité

4. La réification de la souffrance psychique.

L'une des frustrations les plus grandes de l'industrie pharmaceutique, exprimée déjà depuis 1980 par Henry Gadsden, directeur exécutif de Merck, a été que le potentiel des médicaments est limité à la seule catégorie des malades.[i] Il est dans la logique de l'industriel pharmacien d'une société régie par la maximalisation du profit de produire des médicaments pour tous, y compris les sains. Ce rêve de l'industrie pharmaceutique s'est fait réalité non seulement par la mise sur le marché de suppléments alimentaires que chacun peut s'auto-prescrire et consommer, mais aussi par la médicalisation de symptômes, réactions ou conduites présentes chez la plupart des hommes sains. Le spectre des maladies mentales a connu une véritable explosion : ergophobie, l'anxiété provoquée par la propreté, la phobie de surfaces lisses, la phobie de clowns, la phobie de vies antérieures, la peur des mots longs, etc. Tous ces symptômes ont été systématiquement accueillis par l'industrie pharmaceutique produisant des remèdes chimiques et de larges gammes de pilules miracles.

A la différence de ces faux syndromes psychiatriques, la dépression est une affection sévère qui provoque une grande souffrance. Des intellectuels dépressifs comme par exemple Andrew Solomon, Matt Haig ou Johann Hari ont réussi à exprimer dans des textes en partie autobiographiques, en partie scientifiques[ii] une souffrance qui, dans d'autres conditions, serait restée étrangère au sujet sain. Le savoir psychiatrique explique cette maladie par un déséquilibre chimique au niveau du cerveau tel qu'un déficit de sérotonine (ou de norépinephrine), ou par l'absence des récepteurs capables d'assimiler la sérotonine créée. Autrement dit, ce qui est important dans le drame du dépressif se passe sur la scène biochimique du cerveau. Dans ce cas, le remède est purement chimique, une pilule est à même d'ajuster un processus pathologique. Outre le fait que personne ne peut préciser avec clarté si le déficit en sérotonine (ou en norépinephrine) est la cause ou la conséquence de la dépression, il y a de nombreux aspects de la dépression qu'on ne peut pas intégrer dans ce scénario biochimique ; le dépressif n'est pas tout simplement un objet chimique déréglé, mais un sujet qui a perdu son système essentiel d'orientation. Le dépressif perd le sens de son existence, perd son élan vital, s'aliène par rapport à la famille, aux gens, au travail, à la nature. Beaucoup de médecins admettent qu'il est possible que le déséquilibre chimique dans le cerveau du dépressif ne soit qu'un mécanisme intermédiaire, et non une explication causale (Vincent Felitti, University of California). De ce fait, rien d'étonnant dans l'opinion de Allen Barbour (Stanford University) que la dépression ne soit pas une maladie, mais plutôt une réaction normale à des expériences de vie anormales. L'exclusion de l'approche bio-psycho-sociale dans la psychiatrie est une réalité incontestable. Tout comme Laurence Kirmayer (McGill University) le confirme, on est arrivé avoir une image très simplifiée de la dépression, qui ne tient pas compte des facteurs sociaux, culturels, du travail dépourvu de sens, qui ne prend pas en considération les processus humains fondamentaux[iii]. D'autre part, des souffrances assez légères, des états d'anxiété provoqués par des épisodes présents dans la vie de chacun d'entre nous (un divorce, des maladies peu graves, l'échec à atteindre un but), sans aucune liaison à la dépression, sont étiquetés de formes d'une dépression et traités chimiquement.

Notre objectif est d'évaluer, dans une perspective critique, quelques idées et pratiques dérivées de l'idéologie pharmacologique qui soutend le recours excessif à la chimie dans la dépression : *en premier lieu*, on fera une série d'observations relatives à la consistance et au cohérence épistémologique des techniques de diagnostic de la dépression (et des anxiétés). *En deuxième lieu*, on évaluera la mesure dans laquelle la « psychiatrie fondée sur les preuves » est une réalité incontestable en ce qui concerne aussi les essais et l'autorisation des médicaments antidépressifs et anxiolytiques. Outre les témoignages de personnes avisées, on va présenter brièvement un cas (d'une série plus longue) où dans des hôpitaux roumains on a testé des médicaments appartenant au spectre psychiatrique en violant toutes les normes professionnelles et légales. *En troisième lieu*, on essaiera d'argumenter que la chimisation de la dépression est une forme de réductionnisme, propre à la rationalité occidentale, qui transforme des expériences subjectives, difficiles à investiguer scientifiquement, en une réalité chimique objective, plus facile à décrire et à systématiser scientifiquement. Ensuite, on va montrer comment la médicalisation et la chimisation excessive de certaines formes normales de souffrance humaine, qui n'ont aucune liaison évidente avec la dépression, transforment la dépression en une réalité pharmacologique extrêmement

rentable. En quelque sorte, la consommation d'antidépresseurs modifie radicalement l'essence du biopouvoir : le pouvoir contrôle et administre les corps principalement non par des règles sociales très sévères ou par des établissements spécialisés (hôpitaux de psychiatrie, police, prisons), mais en transformant l'individu en son propre gardien. Parce qu'il détient le contrôle sur le discours de la vérité médicale, le pouvoir réussit à faire qu'une partie de l'individu surveille l'autre en permanence. Le Surmoi, jadis considéré comme le gardien de la civilisation, devient – *via* marketing & antidépresseurs – le gardien du fonctionnement rentable du corps. Ce fonctionnement du corps n'est pas rentable pour l'individu, mais il l'est pour les entreprises pharmaceutiques.

1. **La science derrière le diagnostic de la dépression ; considérations épistémologiques**.

La consistance épistémologique de la procédure de diagnostic de la dépression peut justifier non seulement la légitimité du diagnostic final, mais aussi les mesures médicales et les traitements recommandés. Nous essayerons donc de mettre en lumière la scientificité du diagnostic de la dépression et, implicitement, la médicalisation de certaines formes de souffrance humaine considérées jusqu'à récemment comme non-pathologiques. On comprendra ainsi dans quelle mesure la consommation massive d'antidépresseurs et d'anxiolytiques dans le monde contemporain est l'équivalent d'une coutume magique, tribale, ou si elle a une justification scientifique.

D'intensité variable et d'origines diverses, la dépression peut être le symptôme d'une affection plus sévère, un syndrome ou un trouble en soi-même. En reprenant la distinction freudienne entre psychoses et névroses, les DSM I et DSM II opéraient une distinction entre la dépression endogène et la dépression exogène, distinction qui s'est avérée invalide. Les patients avec une dépression endogène (de type psychotique, de causalité supposée purement biologique) peuvent tomber malades s'ils sont soumis à des facteurs de stress, tout comme les patients avec une dépression exogène peuvent être prédisposés, de par leur biochimie, à des troubles affectifs.[iv] Avec le DSM III, on élabore une « théorie unitaire de la dépression », la dépression étant définie comme un « épisode dépressif majeur ». Le diagnostic de dépression est fondé si l'on rencontre cinq symptômes sur neuf. Les symptômes de la dépression sont le manque d'élan vital, le découragement, l'irritabilité, l'anxiété psychomotrice, un ralentissement des processus mentaux et moteurs, une perte d'appétit, de l'insomnie, de fortes tendances suicidaires. Il faut que l'humeur du dépressif soit évidemment asymétrique par rapport aux facteurs extérieurs de stress.[v] Dans la lignée du DSM III, conformément au DSM IV, on peut poser le diagnostic de dépression si *cinq symptômes* sont présents (pour au moins deux semaines): *l'un concernant les états affectifs élémentaires* (tristesse, absence, épisodes de pleurs, diminution de l'intérêt ou du plaisir vis-à-vis de toute activité quotidienne) et *quatre autres symptômes concernant le fonctionnement corporel et le fonctionnement cognitif* (perte ou prise de poids significatives, diminution ou augmentation de l'appétit, insomnie ou hypersomnie, agitation ou ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de déconsidération ou de culpabilité excessive, réduction de la capacité de penser ou de se concentrer, indécision, idées récurrentes de mort ou un scénario précis de suicide. D'après les critères fixés par le DSM IV, jusqu'à la moitié de la population pourrait traverser, à un certain moment de l'existence, un épisode sévère de dépression. Selon d'autres études, le pourcentage est de presque 80%.[vi] Dans le DSM V, on maintient le diagnostic sur la base de cinq symptômes sur neuf, on définit les épisodes mixte (la présence simultanée de la dépression et de la manie chez le même patient, on introduit l'évaluation des symptômes par un score à partir de l'auto-description et l'on ajoute la catégorie « trouble de la régulation de l'affect perturbateur » (catégorie visant les enfants entre 6 et 18 ans).[vii]

Les problèmes épistémologiques produits par ce système de diagnostic sont multiples.

En premier lieu, par le système de diagnostic « cinq sur neuf » il apparaît un phénomène de sous-diagnostic des cas extrêmement graves, corrélé au phénomène, beaucoup plus vaste, de sur-diagnostic des cas peu graves de dépression ou des cas de légitime souffrance. Des cas de mélancolie sévère peuvent se manifester parfois par des valeurs très élevées pour deux, trois ou quatre seulement des symptômes, tandis que pour les autres on a des valeurs raisonnables. Il en résulterait que ces cas graves ne peuvent pas répondre aux « critères scientifiques » pour qu'on les considère comme des cas de dépression. Mais le phénomène du sur-diagnostic de la dépression est, statistiquement, beaucoup plus fréquent ; il y a dans la vie de chacun des épisodes de malheur normal : des pertes, des échecs, des défaites, la disparition temporaire de la motivation ; ce n'est que rarement que de pareils épisodes deviennent chroniques et exigent un traitement. On a à faire, dans les deux cas, à un modelage imprécis de l'état de santé des patients ; dans ces conditions, la prescription de médicaments (ou l'absence de la prescription) n'a pas un fondement scientifique clair. Pratiquement, le système de diagnostic « cinq sur neuf » représente un filtre tantôt trop faible, tantôt trop fort, dans la sélection des cas à signification pathologique.

En deuxième lieu, une raison scientifique est manquante dans la structure de la formule de diagnostic, quand les médecins considèrent qu'il suffit d'avoir cinq symptômes sur neuf pour poser le diagnostic de dépression. Pourquoi cinq ? Selon quel critère scientifique est-on arrivé à ce chiffre ? Ne s'agirait-il pas de la formule démocratique de la majorité simple, la moitié plus un ? Malheureusement, le diagnostic fondé sur la réunion de critères tend à proposer des critères de plus en plus raffinés, valorisés en tant que marques du discernement et de la scientificité. La conséquence en est la création d'un nombre croissant de sous-catégories de diagnostic, et les limites de la maladie dépressive véritable deviennent encore plus artificielles, plus difficile à tracer.[viii]

En troisième lieu, la formule de diagnostic « cinq sur neuf » rend possible l'apparition de tableaux cliniques où les cinq symptômes mis en évidence sont assez légers : humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir, perte d'énergie, diminution de la capacité de se concentrer et insomnie.[ix] Ces changements d'humeur peuvent être provoqués par la dépression mais ils peuvent aussi bien être le résultat des facteurs de stress dans l'environnement, par exemple. Par conséquent, un changement normal d'humeur et de comportement peut être interprété, de manière erronée, comme une dépression. Si la formule de diagnostic « cinq sur neuf » était purement scientifique, le minimum de cinq symptômes se constituerait, dans tous les cas, en raison suffisante pour un diagnostic correct, ce qui n'arrive pas.

En quatrième lieu, le DSM IV indiquait l'exclusion du deuil du diagnostic de dépression, pour la raison qu'il serait un genre de perte qui rendrait quiconque malheureux. Autrement dit, le deuil exprimerait une souffrance légitime et humaine. Mais sur quel critère les auteurs ont-ils exclu du spectre de la dépression le deuil et non d'autres types de souffrance provoqués par des pertes aussi traumatisantes, tel que le divorce ou la perte du travail ? Par quels critères scientifiques, prescrit-on des traitements d'antidépresseurs pour ces deux catégories de souffrances et non pour la douleur du deuil ? Dans la logique psychiatrique, le DSM V fait un pas (timide, il est vrai) dans la direction de l'abolition de l'exception du deuil, lorsqu'il recommande le traitement antidépresseur pour les personnes en deuil depuis une très longue période, en instituant également dans les annexes un nouveau trouble, « le trouble de deuil complexe et persistant. »[x] C'est la « logique de la science » qui impose d'éradiquer l'exception du deuil : si l'on admet une situation dans laquelle quelqu'un présente tous les symptômes de la dépression, alors le psychiatre ne possède plus des raisons complètes pour établir, dans d'autres cas, le diagnostic de dépression et pour recommander l'administration de médicaments. Joanne Cacciatore considérait la pathologisation des souffrances humaines comme ridicule, insultante. La souffrance provoquée par la mort du prochain est légitime : *on souffre parce qu'on a aimé.* Affirmer que la souffrance

qui dépasse un certain intervalle représente une pathologie, une maladie qu'il convient de traiter par des médicaments, signifie – à son avis – nier l'essence même de la nature humaine.[xi] De plus, selon Joanne Cacciatore, l'exception du deuil révèle une erreur que notre culture fait en ce qui concerne l'ignorance du contexte de la souffrance humaine ; on ne peut pas évaluer celle-ci à partir d'une liste de critères totalement étrangers à l'existence l'ayant produite et la « cataloguer de maladie du cerveau ».[xii] Tenir compte du contexte d'apparition des souffrances, de la vie réelle impliquerait une complète restructuration de ce qui est centré sur la diabolisation de la souffrance légitime et sur l'administration de pilules.

En cinquième lieu, au pôle opposé, il y a des souffrances différentes par rapport à la dépression, mais il n'y a pas de critères précis pour les distinguer ; on ne possède pas de critères, par exemple, pour faire la différence entre la dépression et l'humeur dysphorique ; on considère celle-ci comme une maladie existentielle de l'individu moderne, qui vit dans un monde dominé par la communication et la globalisation ; on manque également de critères pour distinguer la dépression de la « démoralisation » en tant qu'expression de la souffrance liée à un échec sentimental ou d'abdication personnelle devant un examen de la vie.[xiii] Qui plus est, les critères utilisés dans le diagnostic psychiatrique ne peuvent pas établir avec précision la limite entre l'anxiété et la dépression.

En sixième lieu, l'évaluation par un score des critères imposés, introduite par le DSM V, est subjective, car fondée sur l'auto-description et l'auto-rapport; par conséquent, l'intention de construire une base de diagnostic objectif est soumise dès le début à l'échec. Finalement, le diagnostic de dépression est une décision fondée sur un jugement clinique ; les raisonnements qui conduisent au diagnostic découlent des autoévaluations du patient à partir de critères préétablis, supposés pertinents, et non des preuves éloquentes en elles-mêmes. *En septième lieu*, la création dans le DSM V de la catégorie « trouble de la régulation de l'affect perturbateur » pour une soi-disant maladie caractérisée par des épisodes de colère chez les enfants de plus de six ans, engendre des questions épistémologiques. D'une part, les enfants traversent souvent des épisodes de colère temporaire, où il n'est pas obligatoire d'interpréter ceux-ci en termes de pathologie. D'autre part, la pathologisation de pareils épisodes encourage l'utilisation des antidépresseurs à un âge précoce, sans raison scientifique claire.

Scott Stossell, dans son fameux ouvrage consacré à l'anxiété, note deux déclarations éloquentes pour la philosophie derrière le DSM : la première, de 1986, appartient à Paul Fink, vice-président de l'Association Américaine de Psychiatrie, selon lequel la mission de l'APA, le forum qui régit la publication du DSM, est de protéger les gains des psychiatres ; la deuxième déclaration appartient à Stuart Kirk et Herb Kutchins, (coauteurs de deux livres sur l'histoire du DSM), qui considèrent que le DSM met ensemble des sens conjoncturels, ce qui aboutit à une pathologisation des comportements de tous les jours.[xiv] Bref, le DSM est un instrument épistémique à la limite de la scientificité, utilisé pour augmenter le profit par l'extension constante du spectre des pathologies mentales.

2. Les antidépresseurs et « la psychiatrie sans preuve ».

Le diagnostic de dépression apporte avec lui les mesures thérapeutiques, et l'administration d'antidépresseurs est obligatoire dans tout schéma thérapeutique. Il existe ici une sorte de monstrueuse coalition entre les patients et les médecins : les médecins se mettent en conformité avec les procédures,

de peur d'être poursuivis en justice, mais aussi pour honorer leur signature et leur titres scientifiques. Ils recommandent sans faute des antidépresseurs ; d'autre part, les patients, pour être allé chez le médecin et reçu un diagnostic, s'attendent à recevoir un traitement médicamenteux. Si cela n'arrive pas, ils changent de médecin jusqu'à ce qu'ils trouvent le « médecin compétent » (à savoir celui qui leur prescrit des pilules) ou ils font appel à l'automédication, *via* Google. Bien que seulement les cas très sévères de dépression aient besoin de médication, on a accrédité tacitement l'idée que tout symptôme, toute souffrance psychique, toute douleur existentielle doit être traitée par antidépresseurs. Évidemment, l'administration de ceux-ci serait un pas logique (du moins dans les cas graves), si les antidépresseurs étaient produits après des tests qui respectent une méthodologie scientifique précise, s'ils avaient les effets thérapeutiques attendus sans provoquer, par leurs effets secondaires, un mal plus grand que le bien produit. Mais on est bien loin d'avoir ces certitudes.

En conformité avec les explications scientifiques officielles, en accord avec les principes du « naturalisme médical » fondé par Kraeplin, la dépression est provoquée par un déséquilibre chimique dans le cerveau (déficit de sérotonine ou norépinéphrine) ; en conséquence, la plupart des antidépresseurs agissent soit pour augmenter la production de sérotonine, soit pour faciliter la reprise de celle-ci. Mais l'hypothèse du lien causal entre le niveau de sérotonine et l'apparition de la dépression a pu être expérimentée avec une clarté méthodologique surprenante depuis les années 70 déjà. Le dessein expérimental est extrêmement simple : si c'est la baisse de sérotonine qui provoque la dépression, alors la réduction par voie chimique du niveau de sérotonine chez des personnes saines devrait provoquer automatiquement la dépression. Au cours de l'un de ces essais, décrit par Irvin Kirsch dans *The Emperor's New Drugs*, on a administré aux patients une substance qui réduisait le niveau de sérotonine, ensuite les médecins ayant organisé l'expérimentation ont attendu. Le résultat a été spectaculaire pour la science psychiatrique : les patients ne sont pas devenus plus déprimés et, dans le cas de la plupart d'entre eux, on n'a enregistré aucun changement d'humeur.[xv] On comprend donc que de nombreux antidépresseurs ne sont rien d'autre qu'une solution pour augmenter le profit des entreprises pharmaceutiques, et non pour atténuer la souffrance des patients. L'histoire du déséquilibre chimique derrière la prescription d'antidépresseurs est plutôt un mythe pharmacologique ou une histoire pseudoscientifique.

Le professeur David Healy[xvi], dont les opinions relatives au lien causal entre la dépression et la sérotonine ont été consignées par Johann Hari, arrive à la conclusion qu'il n'y a jamais eu de fondement réel pour cette théorie. Selon David Healy, ce lien supposé n'a été qu'une stratégie de marketing, destinée à donner l'impression d'une relation efficiente entre les antidépresseurs apparus au début des années 90 et le niveau de certains neurotransmetteurs dans le cerveau. A cette époque-là, il n'y a eu aucun expert pour soutenir que le niveau de sérotonine était bas dans le cerveau des déprimés, parce qu'on n'en avait aucune preuve. Par conséquent, on n'a pas pu discréditer l'hypothèse de la relation sérotonine – dépression, parce que personne ne l'a jamais accréditée.[xvii] L'aspect le plus bizarre de cette connexion sérotonine – dépression – antidépresseurs est que les médicaments qui font *augmenter* le niveau de sérotonine dans le cerveau ont, dans les essais cliniques, à peu près les mêmes effets sur les patients que les médicaments qui font *diminuer* le niveau de sérotonine dans le cerveau. Plus encore, ils ont les mêmes effets que les médicaments qui font augmenter le niveau de la norépinéphrine et de la dopamine. En d'autres termes, quelle que soit la substance chimique qu'on ajuste dans le cerveau, le résultat est presque le même.[xviii] Vu cela, lier de façon unilatérale l'apparition de la dépression à un déséquilibre chimique du cerveau signifie la volonté d'ignorer complètement la manière dont la causalité opère (une cause spécifique aura toujours un effet spécifique), d'ignorer la manière dont il faut structurer une explication scientifique et d' ignorer la complexité psychosociale des êtres humains (c'est-à-dire ignorer des facteurs déterminants dans l'apparition et l'évolution de la dépression).

Lorsqu'on a rapporté des effets bénéfiques des antidépresseurs et des anxiolytiques (il ne s'agit souvent que d'un effet placebo), ceux-ci ont diminué considérablement après quelques semaines d'administration, donc pour obtenir l'effet initial il fallait augmenter invariablement la dose administrée. Malheureusement, la consommation de longue durée des antidépresseurs et des anxiolytiques peut provoquer des lésions cérébrales ; David Knott avertissait en 1976 déjà que le Valium, le Librium et d'autres médicaments dans cette catégorie peuvent affecter le cerveau ; les années suivantes, les revues de spécialité ont publié des études qui rapportaient soit l'apparition d'affection cognitives, soit la diminution de régions cérébrales chez les consommateurs de benzodiazépines à long terme.[xix] Mais la liste des effets secondaires dus à l'utilisation des antidépresseurs et des anxiolytiques est beaucoup plus longue : prise de poids massive, baisse de libido, nausées, augmentation du risque de suicide, risque élevé d'AVC chez les personnes âgées, etc. Dans la décision de mettre sur le marché un médicament, il faudrait tenir compte aussi d'une balance scientifique avantages – risques ; quand les risques sont plus grands que les avantages promis dans le langage strident du marketing, la décision normale serait de stopper sa vente ; mais ce n'est pas le cas. En définitive, s'il y a un profit découlant de la consommation à long terme des antidépresseurs et des anxiolytiques, il n'appartient pas certainement aux patients.

Pour comprendre le manque d'efficacité des antidépresseurs et des anxiolytiques, il convient de tenir compte du manque de fondement dans l'utilisation de certaines substances pour éliminer un soi-disant déséquilibre chimique au niveau du cerveau ; il faut faire attention encore au non-respect d'une méthodologie scientifique précise d'essai, qui autorise les entreprises pharmaceutiques à affirmer que les antidépresseurs commercialisés auront les effets attendus. John Ioannidis, professeur à Stanford University, l'un des scientifiques contemporains les plus connus qui milite pour une médecine fondée sur des preuves, confessait dans une interview par Johann Hari que, le plus souvent, ce sont les entreprises pharmaceutiques qui font les essais des médicaments qu'elles produisent en préparant les essais et en décidant qui voit quelle partie de ceux-ci. Ces essais sont réalisés par des chercheurs pauvres, sans autres sources de financement que celles offertes par les entreprises pharmaceutiques. Finalement, ce sont les employés des entreprises qui rédigent les rapports scientifiques en vertu desquels les organes de règlement offrent l'avis de commercialisation d'un médicament. Mais les organes de règlement sont, souvent, eux aussi payés les fonds des entreprises pharmaceutiques (40% aux États-Unis et 100% au Royaume-Uni, par exemple). Pratiquement, dit John Ioannidis, les arbitres, qui devraient être impartiaux et ne devraient tenir compte dans leurs décisions que des preuves scientifiques indubitables pour défendre les intérêts du grand public, sont payés par ces mêmes entreprises qui proposent les médicaments à expérimenter. Dans ces conditions, les résultats de l'arbitrage peuvent être prévisibles. On approuve souvent des médicaments qui suggèrent seulement un résultat positif timide après les deux essais favorables obligatoires. « On peut donc avoir un cas où il y a mille essais cliniques, dont 998 découvrent que le médicament ne fonctionne pas, et deux qu'il a un certain effet – cela signifie que le médicament sera présent dans votre pharmacie locale. »[xx] Dans ce contexte, recommander toute autre substance comme antidépressive serait aussi adéquat que les antidépresseurs testés par une méthodologie qui ignore les exigences scientifiques. L'horizon des gains faciles dessiné par les grandes entreprises pharmaceutiques détermine les chercheurs non seulement à réinventer une science « tribale », de l'entre-soi mais aussi à affronter le danger qui découle de la violation grave des normes déontologiques et légales.

Une série d'événements récents dans la recherche psychiatrique de la Roumanie nous offre une page sombre de l'histoire de la « méthodologie scientifique » utilisée dans les essais des médicaments du spectre psychiatrique. A la fin du mois de mai 2016, Delia Marina Podea, professeur à l'Université de Vest

« Vasile GoldiÅ » de Arad, directrice de la Section de Psychiatrie de l'Hôpital Clinique d'Urgence du Département de Arad, a été mise en examen par les procureurs, étant accusée de falsifications d'études cliniques visant les tests de certains médicaments d'usage psychiatrique. Elle était le noyau central d'un réseau qui incluait les médecins psychiatres de 31 hôpitaux de 16 départements de Roumanie, impliqués dans les tests et la falsification des essais cliniques de quelques médicaments psychotropes ; pour la réalisation de ces essais, la directrice avait reçu presqu'un demi-million d'euros de plusieurs entreprises pharmaceutiques. Les essais devaient permettre l'obtention des avis nécessaires, de la part de l'Agence Européenne du Médicament, pour commercialiser les médicaments en question dans l'Europe entière. Les médecins impliqués ont falsifié toute la documentation d'évaluation des sujets, soit en falsifiant le consentement de participation à l'essai, soit en notant dans les fiches d'évaluation des informations fausses relatives au diagnostic, au traitement suivi et aux effets de celui-ci, soit en falsifiant les échantillons biologiques (qu'on récoltait avant d'administrer les substances testées), soit en présentant ceux du personnel médical impliqué. Les médecins dans ce réseau ont aussi administré les substances testées à des patients aussi qui ne souffraient pas de l'affection psychique pour laquelle on les aurait recommandées ; plus encore, les rapports ont inclus des personnes auxquelles on n'avait même pas administré les substances en question, ou des personnes qui n'ont jamais été hospitalisées dans ces sections de psychiatrie. Quand les patients ne répondaient pas au médicament essayé, on leur administrait des substances non-admises dans le protocole d'essai, et pour dissimuler ce fait, on ne récoltait pas les échantillons biologiques attribués à ces patients, mais celui du personnel médical de la section. Par conséquent, tous les résultats des essais présentés aux entreprises pharmaceutiques ont été falsifiés et n'ont aucune valeur scientifique. On comprend le zèle des médecins intéressés d'enrôler dans l'expérimentation des personnes qui soit n'ont pas donné leur consentement, soit n'ont pas été hospitalisées, parce qu'ils étaient payés par les entreprises pharmaceutiques en fonction du nombre de patients auxquels on administrait la substance testée (pour chaque patient inclus dans l'étude, un médecin spécialiste recevait 350-400 euros). Sur la base des soi-disant essais empiriques, les médecins impliqués allaient publier dans des revues spécialisées une série d'articles, le statut de co-auteur étant négocié en fonction du nombre de patients introduits dans l'essai.[xxi] Malheureusement, pendant les trois dernières décennies, on a eu plusieurs cas de ce type ; le plus récent date de septembre 2019, quand, dans le cadre de la filiale de Vulcan de l'Hôpital de Psychiatrie et de Neurologie, on a de nouveau fait des essais illégaux sur des patients chroniques.

On pourrait croire que ces événements sont singuliers, qu'on ne peut pas en tirer des conclusions pour la manière dont on teste les substances d'usage psychiatrique. Pourtant, si l'on tient compte que les affaires liées aux médicaments sont à présent plus profitables que celles des diamants, on comprend aussi bien la disponibilité des entreprises pharmaceutiques pour payer des sommes très élevées pour obtenir la confirmation par des essais cliniques que l'appétit de nombreux médecins pour s'impliquer dans des études qui violent de manière si flagrante toute méthodologie scientifique ainsi que toute norme morale et légale. Dans ce sens, Andrew Scull soulignait le fait que la recherche relative à la découverte de nouvelles substances profitables vient souvent de la périphérie du monde, là où les principes de l'éthique ne sont pas incontournables, et les informations obtenues des essais cliniques réalisés dans des centres multiples sont plus facilement contrôlables par les représentants des entreprises pharmaceutiques.[xxii]

3. Le biopouvoir comme monopole sur le discours de la vérité.

Le pouvoir guérissant des antidépresseurs est une conséquence du naturalisme médical, alimentée par l'idéologie pharmacologique conformément à laquelle toute affection doit recevoir un

traitement médicamenteux. Il existe deux sources principales du naturalisme médical : *en premier lieu*, la croyance que les maladies sont une sorte de genre naturel, qu'il y a des types invariables de maladies naturelles, dont certaines déjà découvertes et décrites, et d'autres encore à découvrir. *En second lieu*, la croyance que la médecine ne peut être une science authentique que si elle se construit selon le modèle des sciences naturelles. La place spéciale qu'occupent les sciences naturelles – la chimie, la physique, la biologie – dans le patrimoine de la science occidentale est justifié par le fait qu'elles ont pu isoler et décrire les constituants ultimes et objectifs des phénomènes physiques, des substances et des organismes. L'isolement et la description des essences, rêve séculaire des philosophes, les applications technologiques et les possibilités de contrôle ont fait des explications offertes par les sciences naturelles le prototype de toute explication scientifique ; progressivement, on a admis comme scientifiques les explications formulées dans la médecine seulement si elles faisaient référence à des entités validées comme ultimes par les sciences fondamentales. Par conséquent, une explication psychiatrique ne devient scientifique que dans la mesure où elle identifie des mécanismes ultimes, chimiques ou génétiques des maladies mentales. Comme Foucault le disait dans le chapitre VII de la *Naissance de la clinique*, par la chimisation de l'explication, le regard clinique devient un regard qui décompose les choses jusqu'à « leur vérité extrême », un regard capable de lier la vérité à une structure implicite.[xxiii] Sigmund Freud déjà confessait qu'il ne considérait sa méthode psychanalytique que comme un simple instrument de conjecture, utilisée pour traiter les névroses jusqu'à une meilleure compréhension du mécanisme du cerveau ; une fois ce chimisme intérieur clarifié, le divan du psychiatre et la cure fondée sur des mots allait être remplacé par la boîte à pilules. Pour la psychiatrie, réduire une affection psychique à un substrat chimique a représenté une condition préalable nécessaire pour placer le sujet humain dans la position d'un objet qu'on étudie avec une objectivité maximale.

Les explications chimiques transforment le tableau subjectif d'une maladie en un tableau objectif, tableau qui permet des généralisations, une intervention standardisée, un traitement uniforme ; autrement dit, une formule de délimitation et de contrôle. L'État, par ses politiques, n'a pu que soutenir et encourager tout instrument épistémique qui permettait l'intervention, la gestion et le contrôle, sous le parapluie de l'objectivité et de la scientificité, des populations en souffrance. La biopolitique suppose implicitement de privilégier un système de connaissance qui permette de construire de vastes instruments de règlement, de normalisation et de contrôle. En contrôlant le discours sur la vérité, le pouvoir (économique et politique) ne confère le droit à l'existence qu'à certaines entités. Dans le système du biopouvoir, les corps humains existent plutôt par leurs gênes et par leur chimisme, et moins par leurs émotions, leurs souvenirs, leurs relations sociales ou par les significations pensées. Ces derniers aspects ajoutent à toute communauté une complexité incontrôlable.

Sans doute, l'instrument épistémique le plus significatif du pouvoir dans la sphère psychiatrique est représenté par les manuels de type DSM. Selon Ethan Watters, le langage et les concepts du modèle biomédical des maladies psychiques inclus dans le DSM représentent, avec un grand succès, un produit d'exportation de la culture américaine. Selon l'avis de Ethan Watters, pendant les trois dernières décennies, les États-Unis ont exporté dans le monde entier leurs idées sur la maladie mentale, les définitions et les traitements du DSM étant devenus des standards internationaux. Malgré les bonnes intentions initiales, le résultat a été une homogénéisation de la manière dont on pense le processus de contracter une maladie mentale.[xxiv] Ce processus de mondialisation de la « psyché » américaine représente le danger d'envisager la négation des particularités des esprits et, implicitement, des maladies mentales évoluant dans des espaces culturels divers. Il existe de vastes recherches qui démontrent que des gens appartenant à des cultures différentes peuvent avoir des maladies psychiques différentes : en Malaisie, on rencontre la maladie appelée *amok* (états de rêverie suivis par une frénésie destructrice, criminelle), les hommes de l'Asie de Sud-Est peuvent souffrir de *koro* (une forme de

désespoir provoquée par la certitude que les organes génitaux se résorbent dans le corps), tandis qu'au Moyen Orient, il y a une maladie appelée *zar* (le malade se croit possédé par un esprit, et le résultat est l'apparition d'épisodes dissociatifs de pleurs, rires, cris et chants)[xxv]. Toutes ces catégories de maladies spécifiques des cultures sont interprétées et éliminées à travers le prisme des maladies – dépression, anxiété, anorexie, stress post-traumatiques - universalisées par le système DSM.

En réalité, exporter et globaliser un modèle psychiatrique signifie construire un instrument global du biopouvoir, un instrument d'homogénéisation et de médicalisation ; les gens de partout sont non seulement classifiés selon les mêmes critères, selon la même logique clinique, mais aussi traités avec les mêmes substances. En conséquence, l'exportation globale du modèle DSM signifie créer un marché global pour antidépresseurs, anxiolytiques et d'autres substances psychotropes. Ainsi, la psychiatrie fait des pas décisifs dans la direction de la standardisation, de la codification et de la réification à l'échelle mondiale. Les corps vivants, de plus en plus faiblement liés au contrôle et à la protection de l'État, entrent avec force, dans la nouvelle époque de la biopolitique, sous le contrôle des corporations ; les populations malades sont évaluées et traitées par le prisme du potentiel profit à réalise par les corporations. Plus les maladies diagnostiquées sont homogènes et les traitements sont prescrits sur la longue durée, plus le profit réalisé est substantiel. C'est ainsi qu'on explique la médicalisation de certaines formes de souffrance qui n'ont rien à faire avec la dépression, la mondialisation du système de maladies légitimé par le DSM, l'explosion de marques d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. Sous une forme ou l'autre, les représentants des États sont payés par les corporations (soit par des actes directs de corruption, soit en étant cooptés dans des projets payés) pour subordonner les institutions de l'État au processus de médicalisation et de rentabilisation pharmacologique de tout corps vivant.

4. La réification de la souffrance psychique.

La psychiatrie, selon la tendance générale de la médecine contemporaine, a adopté un modèle consumériste. Si la santé a une valeur sur le marché, il faut que la santé mentale en ait une aussi. L'opinion selon laquelle les citoyens des sociétés démocratiques doivent agir comme de véritables consommateurs de santé n'est plus contestée sérieusement par personne. Le consumérisme dans la sphère de la santé est soutenu par une rhétorique où ne manque pas l'appel à des principes tels que *la liberté du choix, le droit de connaître, le droit de participer*.[xxvi] La réification de la santé mentale, mais aussi de toutes les douleurs existentielles, a été possible par une sacralisation du *droit au bonheur* et de l'*état de bien-être*. Le droit au bonheur et le droit d'avoir une vie bonne et accomplie, détachés des programmes politiques modernes, sont transformés dans la société de consommation en offres du marché, selon les formules magiques du langage publicitaire. La codification de la vie en termes de bonheur et de bien-être se fait dans la sphère du marketing en corrélant, dans une équation symbolique, les substances dont le déficit provoquerait l'état de malheur : la sérotonine, la norépinéphrine, la dopamine.

Les patients actuels et potentiels sont donc éduqués par la publicité à attribuer la dépression et tout type de souffrance existentielle à l'insuffisance de sérotonine (norépinéphrine, la dopamine). Comme le souligne Andrew Scull, ce jargon biologique est profondément trompeur et non-scientifique, mais, traduit en langage de marketing, il a été, et est encore, un trésor.[xxvii] Un trésor parce que la solution

des antidépresseurs et des anxiolytiques aux souffrances de la vie, telle que présentée dans les mass media, apparaît comme parfaitement fondée du point de vue scientifique. Cette « éducation » en masse, *via* la publicité, permet au nouveau type de biopouvoir de construire et de contrôler les catégories dans lesquelles les individus à l'intérieur d'une population penseront les phénomènes ou les parties du monde. Ainsi, le nouveau biopouvoir normalise et autorise certains désirs, en offrant les catégories dans lesquelles on peut penser leur satisfaction. Dans un monde conquis par la publicité et la réification, le biopouvoir revêt des formes plus subtiles ; finalement, il apparaît que ce ne serait pas l'État ou les entreprises qui dictent aux sujets ce qu'ils doivent faire de leur corps et de leur esprit, mais que toutes les solutions de marque offertes, y compris pour la réhabilitation chimique du cerveau, seraient le résultat d'une demande légitime d'un public bien informé, d'un public dont la lutte pour son propre bien-être est parfaitement justifié.

Dans un monde marchandisé, la consommation d'antidépresseurs est présentée en couleurs ambitieuses, comme forme de la rationalité et de l'autocontrôle, une forme de comportement à laquelle tout individu raisonné et responsable devrait aspirer. Cette perspective s'accorde avec l'idéologie de l'individualisme quantifié (*quantified self*) qui se propose de transformer le corps humain en un mécanisme qui fonctionne sans faute avec un maximum d'efficience. L'efficacité du fonctionnement du corps est rentable dans une logique capitaliste. C'est non seulement par cela que l'individu devient un consommateur compulsif d'antidépresseurs, mais aussi parce qu'il reste toujours fonctionnel, pouvant dérouler une activité économique qui lui procure l'argent nécessaire pour acheter des antidépresseurs ; la consommation pharmacologique et la performance compétitive deviennent ainsi les deux faces de la même monnaie. Le cercle se clôt et le rêve de Henry Gadsden de vendre des médicaments à tous se fait réalité.

D'après Gilles Lipovetsky, l'individu de nos jours, captif dans un tourment de survie parfois abrutissant, ne possède que des moyens symboliques infimes pour donner un sens aux difficultés auxquelles il se heurte au cours de sa vie. Vu que la souffrance ne peut plus avoir le sens d'un essai héroïque ou initiatique, on généralise l'exigence d'éliminer, même par voie chimique, les troubles simples qui, rapportés à un idéal de l'état de bien-être, deviennent insupportables. Le recours à des médicaments psychotropes représente, selon Lipovetsky, l'indice de l'extension de l'idéal du bien-être et du confort dans le domaine psychique aussi. Le résultat est non seulement le fait qu'on arrive à traiter les patients comme des consommateurs, mais aussi que les patients, intolérants envers toute ombre de douleur psychique, commencent à se conduire en consommateurs, qui demandent aux médecins des recettes pour des cures rapides et sans effort. La conclusion du philosophe est que la « médicalisation de l'existentiel » représente l'effet de l'alignement du domaine du psychique sur l'idéal du bien-être et de la qualité de vie.[xxviii] Mais, paradoxalement, cette médicalisation de la souffrance quotidienne ne conduit pas à une vie meilleure, mais à une intolérance plus grande envers la douleur et à une consommation excessive de médicaments.

On pourrait décrire la consommation abusive d'antidépresseurs soit comme un geste rationnel dans le jargon du marketing qui se prétend science, soit comme une évasion de la souffrance existentielle légitime. Mais on peut également interpréter ce phénomène comportemental comme un geste magique, un geste par lequel celui qui a été privé du contrôle sur sa propre vie par les mécanismes du pouvoir essaie de s'offrir du moins une illusion du contrôle sur son propre esprit, sur son propre corps. Par un prétendu monopole sur la vérité psychiatrique, le système DSM entretient cette illusion et la rend rentable pour les grandes entreprises pharmaceutiques.

Bibliographie

Brémond, Monique & Gérard, Alain, *Vrais déprimés. Fausses dépressions*, 1998, Paris, Flammarion.

De Figueiredo, J.M., *Depression and Demoralization: Phenomenologic Differences and Research Perspectives*, Comprehensive Psychiatry, 34 (1993), pp. 308-311.

Foucault, Michel, *Naissance de la clinique*, 2015, Paris, Presses Universitaires de France.

Haig, Matt, *Reasons to Stay Alive*, 2015, New York, Penguin Books.

Hari, Johann, *Lost Connections: Why You're Depressed and How to Find Hope*, 2018, London, Bloomsbury Publishing.

Henderson, Saras & Petersen, Alan (eds.), *Consuming Health. The Comodification of Health Care*, 2002, London, New York, Routledge.

Kirsch, Irvin, *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*, 2010, New York, Basic Books.

Moynihan, Ray & Cassels, Alan, *Selling Sickness. How Drug Companies are Turning Us All Into Patients*, 2005, Allen & Unwin.

Parker, G., *Classifying clinical depression: an operational proposal*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 123 (2011), pp. 314-316.

Paris, Joel, *The Intelligent Clinician's Guide to the Dsm-5®*, 2013, Oxford, Oxford University Press.

Peretti, *Jacques, The Deals That Made the World: Reckless Ambition, Backroom Negotiations, and the Hidden Truths of Business*, 2018, New York, Harper Collins.

Scull, Andrew, *Madness in Civilization. A Cultural History of Insanity from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*, 2015, Princeton, Oxford, Princeton University Press.

Solomon, Andrew, *The Noonday Demon: An Atlas of Depression*, 2001, New York, Scribner.

Stossel, Scott, *My Age of Anxiety: Fear, Hope, Dread, and the Search for Peace of Mind*, 2014, New York, Vintage Books.

Watters, Ethan, *Crazy Like Us: The Globalization of American Psyche*, 2010, New York, Free Press.

Notes

[i] Ray Moynihan& Alan Cassels, *Selling Sickness. How Drug Companies are Turning Us All Into Patients*, Allen & Unwin, 2005, p. ix.

[ii] ___ Les ouvrages écrits par les trois auteurs sont devenus symboliques pour exprimer la souffrance du sujet dépressif : Andrew Solomon, *The Noonday Demon: An Atlas of Depression*, New York, Scribner, 2001; Matt Haig, *Reasons to Stay Alive*, New York, Penguin Books, 2015; Johann Hari, *Lost Connections: Why You're Depressed and How to Find Hope*, London, Bloomsbury Publishing, 2018.

[iii] ____ Les avis des trois universitaires sont présentés de manière synthétique dans Jacques Peretti, *The Deals That Made the World: Reckless Ambition, Backroom Negotiations, and the Hidden Truths of Business*, New York, Harper Collins, 2018, pp. 48-82.

[iv] ____ Joel Paris, *The Intelligent Clinician's Guide to the Dsm-5®*, Oxford, Oxford University Press, 2013, pp. 111-112.

[v] ___ G. Parker, *Classifying clinical depression: an operational proposal*, Acta Psychiatrica Scandinavica, 2011, 123, pp. 314-316.

[vi] ____ Joel Paris, Op.cit., pp. 111-112.

[vii] _____ Ibidem, pp. 148-149.

[viii] _____ Monique Brémond & Alain Gérard, *Vrais déprimés. Fausses dépressions*, Paris, Flammarion, 1998, p. 30.

[ix] ____ Joel Paris, Op.cit., pp. 113.

[x] ___ Ibidem, pp.115-117.

[xi] ____ Joanne Cacciatore partage ses pensées concernant l'exception du deuil avec Johann Hari, qui les expose dans *Lost Connections: Why You're Depressed and How to Find Hope*, pp.47-54.

[xii]
_____ *Ibidem*, p.52.

[xiii]
_____J.M. De Figueiredo, *Depression and Demoralization: Phenomenologic Differences and Research Perspectives*, Comprehensive Psychiatry, 1993, 34, pp. 308-311.

[xiv]
_____ Scott Stossel, *My Age of Anxiety: Fear, Hope, Dread, and the Search for Peace of Mind*, New York, Vintage Books, 2014, 189-190.

[xv]
_____ Irvin Kirsch, *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*, New York, Basic Books, 2010, pp. 91-92.

[xvi]
_____ Considéré comme l'un des plus grands spécialistes dans le domaine de la psychopharmacologie, David Henley est l'auteur des célèbres ouvrages *The Creation of Pharmacology* (2004) È□i *Pharmagedon* (2012).

[xvii]
_____ Johann Hari, Op.cit, pp.34-35.

[xviii]
_____ *Ibidem*, 38-46.

[xix]
_____ Scott Stossel, Op.cit., p. 199.

[xx]
_____ Johann Hari, Op.cit, p. 41.

[xxi]
_____ On a pris les informations relatives à ce cas dans des articles parus dans la presse à cette époque-là: Andrei AÈ□tefÄ□nesei, *PacienÈ□i-cobai fÄ□rÄ□ sÄ□ È□tie pentru teste medicale nelegale. Zeci de perchezi È□ii în spitale din È□arÄ□*, https://www.euractiv.ro/justitie/pacienti-cobai-fara-sa-stie-pentru-teste-medicale-nelegale.-zeci-de-perchezitii-in-spitale-din-tara-4531 ; *Mai multe persoane au fost folosite drept cobai de medici*, https://www.bursa.ro/inca-un-scandal-enorm-cu-iz-penal-in-sanatate-mai-multe-persoane-au-fost-folosite-drept-cobai-de-medici-82119924; Dora Vulcan, *Cazul pacientilor cobai: neuropsihiatrul Delia Podea, in arest la domiciliu*, https://revista22.ro/actualitate-interna/cazul-pacientilor-cobai-neuropsihiatrul-delia-podea-in-arest-la-domiciliu.

[xxii] Andrew Scull, *Madness in Civilization. A Cultural History of Insanity from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*, Princeton, Oxford, Princeton University Press, 2015, p. 401.

[xxiii] Michel Foucault, *Naissance de la clinique*, Paris, Presses Universitaires de France, 2015.

[xxiv] Ethan Watters, *Crazy Like Us: The Globalization of American Psyche*, New York, Free Press, 2010, p. 2.

[xxv] Ibidem.

[xxvi] Saras Henderson, Alan Petersen (eds.), *Consuming Health. The Comodification of Health Care*, London, New York, Routledge, 2002, p. 3.

[xxvii] Andrew Scull, Op.cit., p. 401.

[xxviii] Gilles Lipovetsky, *Le bonheur paradoxal: Essai sur la société d'hyperconsommation*, Folio, 2009, pp.217-220.