

DES PHÉNOMÈNES
QUE NOTRE CULTURE
CONSIDÈRE COMME
DES MALADIES PEUVENT
ÊTRE TRAITÉS PAR
AUTRE CHOSE QUE CE
QUE NOTRE SOCIÉTÉ
CONSIDÈRE COMME DES
MÉDICAMENTS

Philippe Hennaux

PENSER GLOBAL, OPÉRER
LOCAL : LA CHIRURGIE
SOUS HYPNOSE

Marie-Elisabeth Faymonville

LA RÉFÉRENCE AUX
NEUROSCIENCES EN
ÉDUCATION : QUEL
MALENTENDU ?!

Christine Barras

ENQUÊTER SUR
LES FIRMES
PHARMACEUTIQUES :
L'ÉPREUVE DE
L'AMBIVALENCE

Olivier Bailly

INTERDIRE ET PRESCRIRE :
DES MOTS D'ORDRE

Georges Bauherz

DÉCLARATION D'OVIEDO :
ANATOMIE D'UN
PROCESSUS

Edgar Szoc

DÉCLARATION D'OVIEDO :
DIX PROPOSITIONS POUR
INTÉGRER LA PRÉVENTION
DANS LES POLITIQUES EN
MATIÈRE DE DROGUES

Collectif



MÉDICAMENTS : LE ROULEAU COMPRESSEUR

UN TRAVAIL DANS UNE OPTIQUE DE PROMOTION DE LA SANTÉ

Prospective Jeunesse est un centre d'étude et de formation, actif dans le domaine de la promotion de la santé, fondé en 1978.

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus et aux communautés davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Son ambition est le bien-être global de l'individu, sur les plans physique, mental et social. La santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité et ne doit pas être associée exclusivement au domaine médical et curatif.

Notre mission première est de prévenir les consommations problématiques et les dépendances liées aux produits psychotropes ou aux écrans chez les jeunes. Nous mettons notre expertise au service des équipes qui souhaitent construire un projet de prévention au sein de leur institution, mais aussi de toute personne rencontrant des questions ou des difficultés en lien avec la consommation de produits psychotropes ou des écrans.

Notre approche de prévention ne vise pas à empêcher les jeunes d'entrer en contact avec les produits psychotropes ou les écrans, mais bien à les aider à mobiliser les ressources qui leur permettront de prendre en main leur santé, d'être acteurs.trices de leur bien-être et ainsi d'éviter de développer des consommations problématiques et des dépendances.



Drogues, Santé, Prévention est la revue trimestrielle de Belgique francophone sur les usages de drogues. Elle constitue un outil de travail destiné aux professionnels du social et de la santé en quête de compréhension de ce phénomène (promotion de la santé, toxicomanie, jeunesse, scolaire, santé mentale, aide à la

jeunesse, travail social...). Publiée par Prospective Jeunesse, elle s'inscrit dans une vision de promotion de la santé. Elle permet au lectorat d'exercer un regard critique, complexe et curieux sur les usages de drogues, d'enrichir sa posture professionnelle et d'identifier des pistes d'action.

NB : La période du numéro précédent (102) a été incorrectement indiquée : il s'agissait d'**avril-juin 2023**



Editeur responsable
Guilhem de Crombrugghe

Rédacteur en chef
Edgar Szoc

Comité d'accompagnement
Christine Barras, Marc Budo, Elodie Della Rossa, Christel Depierreux, Manuel Dupuis, Jean-Sébastien Fallu, Damien Favresse, Sabine Gilis, Sarah Hassan, Michaël Hogge, Cedric Jamar, Alexis Jurdant, Elise Robaux, Patricia Thiebaut,

Ont collaboré à ce numéro
Barbara Delbrouck

Illustrations
In-graphics.be

Impression
Nuance 4, Naninne

Graphisme et mise en page
In-graphics.be

Les articles publiés reflètent les opinions de leurs auteurs mais pas nécessairement celles de Prospective Jeunesse. Ces articles peuvent être reproduits moyennant la citation des sources. Ni Prospective Jeunesse, ni aucune personne agissant au nom de celle-ci, n'est responsable de l'usage qui pourrait être fait des informations reprises dans cette revue.

Table des matières

4

Interdire et prescrire: des mots d'ordre

Georges Bauherz

9

Des phénomènes que notre culture considère comme des maladies peuvent être traités par autre chose que ce que notre société considère comme des médicaments

Philippe Hennaux



15

Penser global, opérer local : la chirurgie sous hypnose

Marie-Elisabeth

18

La consommation d'antidépresseurs en chiffres

20

Enquêter sur les firmes pharmaceutiques : l'épreuve de l'ambivalence

Olivier Bailly

22

La référence aux neurosciences en éducation : quel malentendu ?!

Christine Barras

26

Déclaration d'Oviedo : anatomie d'un processus

Edgar Szoc

27

Déclaration d'Oviedo: Dix propositions pour intégrer la prévention dans les politiques en matière de drogues

Collectif

—Edito—

Médicaments: le rouleau compresseur

Personne – sauf peut-être quelques acteur-ice-s de terrain – ne l'avait vu venir, mais il semble que la question de la santé mentale soit en passe de devenir l'invitée surprise des multiples campagnes électorales de cette année 2024. L'accroissement – consécutif au confinement – des difficultés en la matière, en particulier chez les jeunes, a déjà suscité quelques réponses politiques. Les plus importantes sont probablement à trouver dans les nouveaux objectifs de santé pluriannuels de l'Inami, dont l'investissement dans les soins psychiatriques constitue un des sept projets phares, ainsi que dans la gratuité, depuis le 1er février de cette année des soins psychologiques de première ligne pour les enfants, adolescents et jeunes (jusqu'à 23 ans).

Il s'agit là d'avancées notables qu'on ne peut balayer d'un revers de la main. Dans une optique de prévention et de promotion de la santé, elles sont cependant loin d'être suffisantes, dans la mesure où elles sont centrées sur le traitement beaucoup plus que sur les déterminants de santé, et de nature beaucoup plus individuelle que collective et sociale.

En se focalisant sur la question de la médication, le présent numéro aborde l'aspect le plus exacerbé de ces tendances, en explorant la fragilité poreuse de la frontière entre drogues et médicaments, ainsi qu'en indiquant quelques-unes des nombreuses pistes qui permettent de traiter sans médiquer. Il ne s'agit toutefois pas seulement de remettre en question la gestion pharmacologique de troubles psychiques, mais aussi et surtout de

s'interroger sur la capacité de notre société à produire du mal-être, ainsi que sur les conditions sociales et politiques d'une transformation qui soit plus collective qu'individuelle.

Pour des raisons d'ordre probablement plus économique qu'éthique, politique ou médicale, l'OMS, l'Union européenne et les autorités belges en matière de santé ont commencé à se préoccuper sérieusement des consommations excessives de médicaments psychotropes dans la population et à promouvoir d'autres outils que la seule prescription. Reste à franchir le second pas : celui de l'appréhension collective du problème, dans une logique fidèle aux principes de la promotion de la santé.

La mauvaise nouvelle, c'est que ça va mal. La bonne nouvelle, c'est qu'on en parle enfin, en tant que société, et pas uniquement dans la multiplication des face-à-face secrets entre une personne en souffrance et son thérapeute, prescripteur-ice ou non.

Edgar Szoc



Georges Bauherz, Professeur à l'ULB, neuropsychiatre

Interdire et prescrire : des mots d'ordre



Analyse

L'obligation de prescription des médicaments a partie liée avec la prohibition des drogues. Il faut pouvoir penser ensemble ces deux faces de la même médaille qui transforme, souvent malgré eux, les médecins en « dealers assermentés ». Pour sortir de cette impasse, il est nécessaire de penser les conditions d'une socialisation démocratique de l'absorption des médicaments et des drogues, avec un contrôle de qualité, un contrôle des prix et un développement de l'éducation sanitaire du public.

1. Le domaine dont il sera question ici est celui de l'usage des « produits », que par convenance et par facilité on commencera par appeler drogues et médicaments. L'étymologie est intéressante, mais explique peu. La pharmacie trouve son origine dans le *Pharmakon* grec, à la fois agent matériel de guérison et poison parfois mortel. Il avait, alors, une déclinaison masculine, le *Pharmakeus*, victime expiatoire sacrifiée pour le salut de la cité, et une autre féminine, la nymphe *Pharmakeia*, gardienne de la source sacrée. L'origine du mot drogue est, elle, obscure : un produit séché (*droog*) ou une teinture, mais de toute manière avec une connotation péjorative. Le stupéfiant (*in stupore*), engourdit, rend euphorique et dépendant. Il a sa brigade, celle des stupés. Le médicament est directement emprunté au latin *medicina*, art de guérir. La potion se boit, elle a donné également le mot *poison* et est magique pour Astérix.

2. L'évolution des corporations est plus éclairante. Jusqu'au 17^e siècle, les médecins fabriquaient leurs propres potions. Les droguistes leur ôtent progressivement une partie de leurs prérogatives, avant de se diviser en plusieurs métiers distincts : les épiciers marchands de denrées alimentaires, les apothicaires, fabricants de médicaments, et les droguistes de plus en plus cantonnés au commerce des produits à usage ménager. Il n'y a pas de vérité figée, ni des mots ni des disciplines, qui précède l'histoire des corporations et chacune d'elles définit et impose progressivement son champ d'expertise et sa zone de pouvoir.

Il n'y a pas de vérité figée, ni des mots ni des disciplines, qui précède l'histoire des corporations et chacune d'elles définit et impose progressivement son champ d'expertise et sa zone de pouvoir.

Naissance de la pharmacie

3. La séparation entre médecins et apothicaires débute au Moyen-Âge. Un édit français de 1352 interdit aux « apothicaires-épiciers », ainsi nommés dans l'édit, de délivrer des substances abortives ou toxiques sans une ordonnance de médecin. Corollairement, les apothicaires, jusque-là souvent analphabètes, sont donc contraints d'apprendre à lire. L'obligation tombe en désuétude et retrouve une vigueur transitoire quand Louis XIV promulgue un édit semblable suite à l'affaire des poisons. Les apothicaires se nomment progressivement pharmaciens, la corporation s'organise. Avec les Lumières et la Révolution française, le prestige des médecins s'accroît au détriment de celui des prêtres, et la loi de 1803 établit, de manière encore imprécise, la nécessité d'une ordonnance pour délivrer certains médicaments. Elle ne sera pas respectée.

4. 1916 est une date clé. Par les conventions de Shanghai (1909) et de La Haye (1912), le commerce de l'opium, de la cocaïne et de la morphine est désigné internationalement comme un ennemi. En 1916, la France (et d'autres pays) interdit « l'usage en société et la détention de stupéfiants ». Au même moment, la liste des stupéfiants est établie pour les médecins. L'interdiction du libre commerce des psychotropes est donc instituée simultanément, de deux manières distinctes : par une interdiction des uns et une médicalisation pour les autres, par le truchement de la prescription. Deux catégories de substances apparaissent : les drogues et les médicaments. À partir de 1980, les médecins ne peuvent plus prescrire ni héroïne ni cocaïne. La potion de San Christopher, qui en est faite, est rayée de la pharmacopée.

La distinction entre usage et abus s'efface progressivement pour les deux catégories, rendant tout usage potentiellement abusif.

Ce n'est que récemment que le terme « usager de drogue » apparaît et commence à remplacer les mots idéologiques au suffixe -isme (l'alcoolisme) ou psychiatriques au suffixe -mane (le toxicomane).

L'interdiction du libre commerce des psychotropes est instituée simultanément, de deux manières distinctes : par une interdiction des uns et une médicalisation pour les autres, par le truchement de la prescription.

5. L'interdit est particulièrement puissant en ce qui concerne les drogues de l'esprit, les substances qui modifient l'état de conscience : psychostimulants, anxiolytiques et psychodysléptiques. En même temps, et précisément parce qu'elles sont matérielles, ces substances exhibent la fragilité de la séparation corps-esprit. L'interdit s'est donc concentré initialement sur les drogues ayant un effet sur la pensée, car c'est le processus qui fonde l'idéal de liberté et de démocratie. Mais aucune substance ne connaît par elle-même l'esprit, elle ne connaît que le corps, dont le cerveau est une partie. L'interdit s'est progressivement étendu aux médicaments du corps, qu'ils soient légaux, illégaux (substances dopantes pour les sportifs) ou mixtes (substances légales utilisées dans des buts performatifs).

La santé comme valeur supérieure

6. L'interdiction d'absorber des drogues de l'esprit (stupéfiants illégaux) et l'obligation d'avoir une ordonnance médicale pour en ingérer ou s'en injecter sont concomitantes et se développent donc parallèlement. La prescription devient obligatoire pour la plupart des médicaments. Les citoyens perdent le droit de prendre ce type de risque particulier, tout en conservant la possibilité de se mettre individuellement en danger par mille autres comportements. La santé devient une valeur supérieure aux autres, confisquée aux citoyens et confiée aux médecins.

Parallèlement, le développement des assurances, et tout particulièrement de la Sécurité sociale, confère au médecin la tâche de désigner quel médicament et dans quelles conditions une prise en charge collective est autorisée : le remboursement par la Sécurité sociale. Prescrire un médicament et demander son remboursement sont deux démarches totalement distinctes, mais la fusion des deux dans la même personne, le médecin, et dans le même document, l'ordonnance, contribue à semer la confusion et à obscurcir le débat public.

7. De nombreuses nouvelles substances psychotropes apparaissent, autant légales qu'illégaux. Chacune va être domestiquée selon une séquence différente, mais parallèle, en fonction de son caractère récréatif ou thérapeutique.

Pour les drogues de rue, schématiquement, se succèdent les pionniers, les aventuriers de l'expérimentation, suivis des dandys qui ouvrent la voie à l'usage populaire et généralisé, ceci avant une désaffection progressive des élites expérimentatrices qui vont se diriger vers de nouvelles substances.

Tout aussi schématiquement, pour les produits issus de l'industrie, il y a l'expérimentation scientifique contrôlée, puis la période enthousiasmante des premiers malades utilisateurs (la « lune de miel »), suivie de la déception, quand l'espoir démesuré de miracle, du rituel thaumaturgique, disparaît, et enfin celle d'une stabilisation raisonnable avec un développement commercial parfois spectaculaire.

Des frontières poreuses

8. L'échec de la politique prohibitionniste des drogues de rue est démontré et accepté. Malgré la multiplication des mesures répressives, l'usage et le développement du commerce par les entrepreneurs extra-systèmes (les « mafias ») n'ont cessé d'augmenter. En 2019, l'ONU déclare l'échec des politiques répressives. Aucune des dépénalisations partielles tentées n'a provoqué la catastrophe sanitaire annoncée. De même, l'obligation de la prescription médicale n'a que très marginalement contrôlé l'augmentation du commerce des médicaments. Pour la plupart des substances (psychotropes, antibiotiques,

Les médecins se transforment progressivement, souvent malgré eux, en dealers assermentés.

antalgiques), les médecins ne font que respecter la demande de public, l'anticiper parfois et, paradoxalement, en augmentant la consommation par la légitimité que confère leur signature. Comme pour les certificats, si c'est le médecin qui le signe, c'est que « la science l'autorise ». Les médecins se transforment progressivement, souvent malgré eux, en dealers assermentés. En aval s'est également développé un marché gris des psychotropes : la revente en rue des médicaments achetés en pharmacie.

Ce n'est donc pas dans la substance que se trouve la clé de la compréhension, mais dans la place que la société lui réserve à travers ses règlements, ses lois, ses pratiques du moment et du lieu.

9. Les frontières entre drogues illégales, médicaments et aliments psychotropes, comme l'alcool, les compléments alimentaires ou les alicaments, sont poreuses ; les « no man's land » sont plus vastes que les territoires définis. Ni l'histoire, ni les mots, ni la biologie ne définissent ce qui appartient à chaque terme. La manière de fabriquer le produit n'est pas non plus discriminante, pas plus que son interdiction ou son autorisation de publicité. Ce qui fait avant tout la différence, c'est la corporation qui le distribue, sa force et son organisation.

Un médicament est vendu dans une pharmacie, une drogue est soumise aux lois du marché parallèle et encore illégitime. Ce sont les règlements d'un secteur industriel en construction, d'une nouvelle accumulation de capital. L'alcool chez nous, le khat en Afrique, les vitamines et les compléments divers sont disponibles chez l'épicier. Chaque corporation lutte pour conserver et étendre son monopole.

De l'adhésion à la prescription

10. La prescription, ou l'ordonnance, les deux mots sont quasi synonymes, est l'emblème du pouvoir du médecin. Elle conclut le rituel de la consultation (avant le paiement) et résume ce qui s'y est déroulé : les demandes, les diagnostics et traitements proposés, les négociations et arbitrages. Avec le dossier et la lettre au collègue, l'ordonnance désigne la maladie. Elle est la principale extension du médecin, de sa personne, de son corps. La prescription est un objet ayant une histoire et un contexte. Elle est socialement inscrite, enchâssée. Elle désigne la compétence du médecin d'étiqueter la maladie et de la guérir. C'est son caractère sacré.

11. Contrairement à la consultation, l'ordonnance est un écrit. Elle est signée, datée, adressée. Elle peut être volée, contrefaite, vendue, extorquée. Pour les cultures africaines, elle a une valeur thérapeutique en soi, un côté magique. En Occident, la question centrale est celle du respect de l'ordre donné.

Comme elle peut être respectée, elle peut ne pas l'être. Dans le jargon médical, ceci est nommé *observance* et *compliance*. Les deux mots désignent la bonne conduite de soumission. Comme ces termes sont trop explicites, un troisième, plus acceptable a été trouvé : *l'adhésion*. Il s'agit d'un mot moins moral et jugeant.

12. Respect et irrespect de la prescription forment ensemble un mode d'être, un « habitus ». L'ordonnance elle-même porte les conditions de l'adhésion : plus elle est longue, plus elle est confuse ou illisible, moins elle sera respectée. Mais la sociologie du respect de la prescription confirme que ce respect est lié à la culture de la soumission. L'adhésion est relativement semblable pour les différentes catégories sociales. La religion par contre, en ce qu'elle produit de la soumission, a un effet : dans un même pays, les protestants respectent plus les ordonnances médicales que les catholiques.

13. Aussi étrange que cette affirmation puisse paraître aujourd'hui, le pouvoir de la médecine s'affaiblit. La médecine, comme institution, est tiraillée entre deux autres institutions puissantes et cohérentes :

- Les producteurs de substances (l'industrie pharmaceutique et les fabricants de drogues illégales) d'une part, qui tirent leur force de la plus-value que procure la vente des substances.
 - Les professionnels du lien social de l'autre : psychologues, psychothérapeutes, coaches et spécialistes du bien-être. Ces derniers s'appuient sur la résistance de la société à la réification en général, à celle du soin en particulier.
- Par ailleurs, la connaissance médicale de la population croît. Le développement de l'Internet et de l'intelligence artificielle

15. La réponse est complexe et multiple. Son noyau dur est certainement le désir de servitude volontaire, la difficulté à penser la fin de l'interdit, le saut dans l'inconnu que cela signifierait et la difficulté d'imaginer un nouvel ordre à construire.

Une sortie des interdits, obligation de la prescription et interdiction du commerce de certaines substances, progressif, partiel, chaotique est inévitable.

Un deuxième mécanisme est le fait que l'interdit des substances s'appuie sur une fonction anthropologique forte : la naturalisation du social. Il s'agit de donner un statut biologique, « essentiel », à des substances dont la nature est définie avant tout par des facteurs culturels. C'est la même biologisation du social, la même naturalisation de la culture qui est à l'œuvre dans la pensée raciste qui se perpétue et s'accroît alors même que la biologie, et la pensée scientifique en général, démontre l'inexistence des races.

Il faut apprendre simultanément à ne pas se « droguer » inutilement et à avoir le droit de le faire.



va diminuer encore plus la maîtrise des médecins sur le diagnostic et le traitement. Cependant, ils demeurent encore les maîtres de la nosographie, du découpage du mal en maladies distinctes. Mais de nouvelles professions de biologistes et d'épidémiologistes-statisticiens commencent à les concurrencer dans cette fonction.

Les deux voies de sortie des interdits

14. Si on admet que l'interdit de l'achat de substances psychotropes de rue est un échec et si on admet également que l'obligation de l'ordonnance fait partie de la même politique prohibitionniste, qu'elle n'a pas entraîné de diminution de la consommation de médicaments et que les médecins qui en sont les détenteurs voient leur monopole contesté, on doit alors se poser deux questions, liées :

- quelle force motive cette perpétuation ?
- pourquoi l'interdit se poursuit-il ?

16. Une sortie des interdits, obligation de la prescription et interdiction du commerce de certaines substances, progressif, partiel, chaotique est inévitable.

Un troisième facteur est le statut particulier de la santé, qui prend dans la modernité la fonction du salut, de la rédemption dans le monde chrétien. C'est la fonction sotériologique que la valeur-santé comble, et qui en fait un objectif perçu comme exceptionnel. Elle n'aurait pas de prix, et pour elle on peut bien abandonner quelques droits humains fondamentaux.

Deux politiques différentes sont possibles : une sortie ultralibérale, portée par la pensée libertarienne ou une évolution vers une socialisation démocratique de l'absorption des médicaments et des drogues, avec un contrôle de qualité, un contrôle des prix et un développement de l'éducation sanitaire du public. Il faut apprendre simultanément à ne pas se « droguer » inutilement et à avoir le droit de le faire. La complexité est civilisatrice, le simplisme destructeur.

La sortie de la prohibition est tributaire de l'évolution de la société autant qu'elle en est un agent.

Philippe Henmaux, Psychiatre, directeur de l'asbl L'équipe
Propos recueillis par Edgar Szoc



Des phénomènes que notre culture considère comme des maladies peuvent être traités par autre chose que ce que notre société considère comme des médicaments !

Comment soigner sans médiquer ? C'est tout l'enjeu de la pratique du psychiatre Philippe Hennaux, qui revient ici sur les raisons sociales de la hausse continue de la prescription de médicaments psychotropes. Ces propos touchent à sa pratique privée, et pas à celle de directeur médical de l'asbl L'Équipe, sauf lorsque c'est explicitement mentionné.

Prospective Jeunesse : Quel est le rapport que vous entretenez à la prescription en tant que psychiatre ?

Philippe Hennaux : En privé, je ne prescris jamais. C'est notamment lié à ma formation de psychanalyste. On sait que les psychanalystes ne sont pas particulièrement connus comme prescripteurs – même s'il y en a qui le font. Si j'ai décidé de faire ce choix, c'est aussi parce que tellement de médecins prescrivent que ce n'est pas nécessaire : quelqu'un qui a besoin ou envie de médicaments les trouve très facilement. Et ceux de mes patients qui font ce choix sont libres de le faire, ce n'est simplement pas moi le prescripteur. Je leur fais simplement remarquer que s'ils guérissent, ils ne sauront pas pourquoi et par qui : eux et moi ou un produit chimique ?

Il est important de rappeler que ce ne sont d'ailleurs pas les psychiatres qui sont les

plus grands prescripteurs des 12 millions de boîtes d'antidépresseurs et 6 millions de boîtes de neuroleptiques qui sont prescrites en Belgique chaque année.

En institution, par contre, j'ai beaucoup prescrit : la prescription fait partie intégrante du travail du psychiatre institutionnel et le cadre d'une institution n'est pas celui d'opinions personnelles ou d'une forme de militance, les médicaments font partie de la vie des patients, et comme pour tout médicament vous devez adapter les dosages pour éviter les surdosages et les sevrages, chez nous toujours avec le consentement du patient et en fonction de son avis, en ce compris le respect de sa volonté éventuelle de se passer de médicaments. C'est pourquoi, pour respecter le droit du patient, vous devez lui présenter des façons prudentes d'arrêter un médicament et lui proposer des alternatives thérapeutiques. Ces alternatives existent.

Qu'est-ce qui vous a amené à adopter cette attitude qui peut sembler radicale ?

Tout d'abord, je ne pense pas que ma position actuelle soit radicale, mais parfois, il faut s'exprimer de façon tranchée pour susciter la réflexion et accepter le mésusage qui peut être fait de vos paroles hors contexte, ou discrètement transformées. Pendant ma formation, j'étais fasciné par la biochimie, en particulier ses applications dans la compréhension biologique de ces cellules qu'on appelle neurones, ainsi que des neurotransmetteurs, avec l'idée, courante à l'époque, qu'on allait à partir de là bientôt tout comprendre du fonctionnement du

Ce ne sont pas les psychiatres qui sont les plus grands prescripteurs des 12 millions de boîtes d'antidépresseurs et 6 millions de boîtes de neuroleptiques qui sont prescrites en Belgique chaque année.

Avec le succès de cette théorie basée sur la recapture de la sérotonine, les dépressions ont commencé à proliférer.

cerveau. C'est au moment de la fin de mes études que sont sortis les antidépresseurs de nouvelle génération, du type Prozac et ensuite les nouveaux neuroleptiques, qui marient les effets neuroleptiques classiques avec des effets stimulants.

C'est précisément parce que je connaissais assez bien les moyens d'investigation neuroscientifiques – et leurs limites – qu'il m'a semblé que, pour des raisons commerciales évidentes, on faisait passer de certaines séduisantes théories pour des vérités « scientifiquement prouvées ». Pour me faire bien comprendre, je trouve normal et stimulant la création d'hypothèses, leur diffusion ou leur éventuel succès public. Mais les transformer en vérité estampillée scientifique et en dogme est un pas que je ne me suis pas résolu à franchir.

Lors de mes études, la dépression était envisagée sous la forme de la mélancolie – des cas très graves et spectaculaires d'apathie extrême, qui étaient traités en contexte hospitalier par des antidépresseurs tricycliques, d'ancienne génération, lents à agir et avec des effets secondaires que nous connaissions bien et dont il fallait se méfier. Ces médicaments se prêtaient mal à une pratique ambulatoire et ne s'adressaient absolument pas à l'humeur de l'ensemble de la population. Or, avec le succès, par exemple, de cette théorie basée sur la recapture de la sérotonine, les « dépressions » ont commencé à proliférer – d'autant plus qu'il y avait désormais une molécule pour les traiter, et des gens pour s'autodiagnostiquer, avec un élargissement considérable du concept de « dépression », qui avec celui de stress a fini par englober tout mal-être que peut ressentir un être humain. En tout cas, jusqu'à l'arrivée du concept de burnout, qui, par son aspect plus relationnel et contextuel, me paraît plus intéressant cliniquement. Un

patron trop exigeant, un travail trop difficile, un proche trop malveillant, cela me paraît plus réel qu'un manque de sérotonine.

Le mystère du cerveau

Comment fonctionne le cerveau ? Et comment fonctionnerait un cerveau « pathologique » ? Ces questions sont à ranger parmi les grands mystères, comme l'origine de la vie sur Terre, l'apparition de l'homme, l'apparition du langage, la naissance de l'univers, ainsi que le destin qui leur est réservé. Ce sont les grands mystères qui justifient leur approche par la méthode scientifique. Lorsqu'on n'arrive pas à tout savoir tout de suite à cause de la complexité d'un sujet, il est évident qu'il faut recourir à des théories, construire des hypothèses.

Je viens de lire dans le *New York Times* un article qui annonce que les théories en vigueur jusque-là sur la Matière noire étaient fausses. C'est une bonne nouvelle, car la théorie en question prédisait la fin de l'univers. Quand je vois que les physiciens, qui selon moi sont à la pointe de ce qu'on appelle « la recherche » en science, sont capables de remettre en cause leurs théories – plus encore : qu'ils désirent ardemment le faire et se montrent contents quand ils y arrivent –, je me prends à rêver que les psychiatres aient le même état d'esprit.

En psychiatrie, en psychologie, en neurosciences en général, les théories abondent, jusqu'à se contredire non seulement entre elles, mais à l'intérieur de leur propre cadre, mais les vérités sont rares (on a un corps/on parle/nous sommes des êtres sociaux/les relations que nous avons nous construisent/nos symptômes sont liés à notre histoire particulière et ils apparaissent dans un contexte précis) et on doit souvent se contenter de faire fonctionner des demi-vérités comme si elles étaient des entités objectives. J'insiste

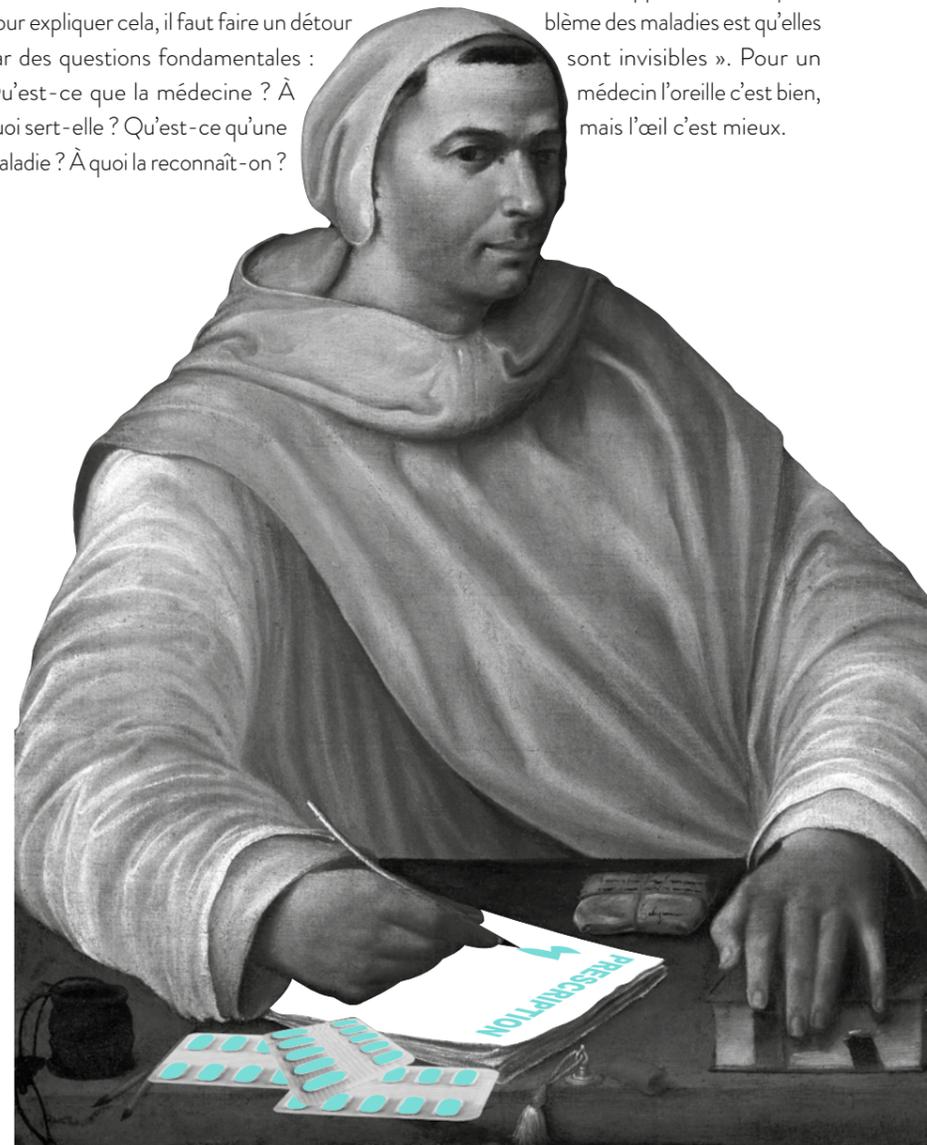
sur ce point, que de formuler une hypothèse quand on a un patient devant soi est une nécessité intellectuelle, déontologique et la base de tout projet thérapeutique ; ce qui me dérange, c'est quand l'hypothèse devient une vérité dont on ne doute pas et qu'on a du coup tendance à imposer, comme s'il n'y avait pas d'autre solution et qu'il ne servait à rien de discuter.

Une prolifération de « troubles mentaux »

Pour expliquer cela, il faut faire un détour par des questions fondamentales : Qu'est-ce que la médecine ? À quoi sert-elle ? Qu'est-ce qu'une maladie ? À quoi la reconnaît-on ?

Ces questions se sont complexifiées ces dernières années : par exemple le concept de maladie peut aujourd'hui aussi bien être compris comme « ce dont quelqu'un se plaint » que comme « ce que découvre le médecin par un examen clinique alors que le patient ne se sent pas malade ».

Depuis la fondation de la médecine comme telle par Hippocrate, et ce point a été la base de la fondation de la médecine scientifique bien plus tard, le concept de maladie « idéal » repose sur un trépied : symptômes, signes et examens complémentaires. Car comme écrit Hippocrate : « le problème des maladies est qu'elles sont invisibles ». Pour un médecin l'oreille c'est bien, mais l'œil c'est mieux.



Quand un patient va voir un médecin, ce sont les symptômes qui l'y poussent : fatigue, douleur, mais aussi angoisse, tristesse, peur... Les symptômes sont la voie d'entrée, ce sont les éléments de base de communication et de transmission d'un malaise.

Les signes sont recherchés par le médecin, lors de l'examen physique du patient, dans toute sa méticulosité. Ces signes peuvent être présents à l'insu du patient, et il est certain que ni le discours du patient ni celui du médecin n'ont d'effet sur la présence ou non de ces signes. C'est pourquoi on les qualifie d'objectifs alors que les symptômes sont habituellement qualifiés de subjectifs.

Enfin, d'autres corrélats objectifs peuvent être relevés par des examens comme la prise de sang ou la radiographie, corrélats qui sont non discursifs et non subjectifs.

Du point de vue épistémologique, toute maladie est nécessairement d'abord une construction mentale nécessaire au médecin pour élaborer une hypothèse de cause et donc de traitement. Plus on trouve d'éléments objectifs comme des signes, des anomalies biologiques ou radiologiques, plus l'hypothèse peut être considérée comme juste et efficiente, et le médecin traiter à coup sûr.

Or, en psychiatrie, les signes font généralement défaut : schizophrénie, dépression, burnout, stress, ne sont pas attachés ni attachables comme tels à des corrélats objectifs. On les cherche en vain. Nous ne pouvons que nous en tenir aux symptômes, et nous résoudre à construire le concept de maladie en psychiatrie sans corrélat objectif.

Cela ne nous empêche pas d'espérer le

trouver (la prise de sang qui... le test de provocation qui... l'imagerie cérébrale qui... le gène qui...), espoir sans cesse promis puis déçu, puis renouvelé, puis à nouveau déçu... Mais rappelons-nous que chaque fois qu'on trouve des corrélats objectifs à une maladie jusque-là traitée par la psychiatrie, elle en quitte le champ. C'est par exemple le cas pour l'épilepsie, partie vers la neurologie, pour la démence, qui a suivi le même chemin, pour l'ulcère gastrique et l'allergie, présentés encore il y a 40 ans comme des « maladies psychosomatiques » et qui sont désormais très bien traités par d'autres spécialistes, sans recours à la psychologie ou à la médication psychiatrique.

Au demeurant, je n'ai pas beaucoup de mérite à décrire ce que d'autres ont montré beaucoup mieux que je ne peux le faire : la création du DSM-III en 1980 est une tentative véritablement scientifique de résoudre le

Du point de vue épistémologique, toute maladie est nécessairement d'abord une construction mentale nécessaire au médecin pour élaborer une hypothèse de cause et donc de traitement.

problème du manque de corrélat objectif en psychiatrie. Son créateur, le Dr Spitzer, constatant comme bien d'autres ce défaut constitutionnel de la psychiatrie et le trouvant bien peu scientifiquement défendable, a simplement remplacé le concept de « maladie » par le

concept de « trouble », dans le but de créer une sorte d'objectivité de raccroc, de pansement conceptuel, le nouveau « diagnostique » reposant sur une série de symptômes présents en même temps, choisis dans une liste écrite à l'avance. Comme il définissait un « trouble » par « ce qui peut déranger quelqu'un » ou « ce qui peut déranger les autres », il lui a été possible de ne pas faire

rentrer l'homosexualité dans le répertoire des troubles, ce qui était une excellente nouvelle, mais d'y faire entrer nombre d'entités qu'il aurait été bien difficile de faire

admettre auparavant comme « maladies », corrélat objectif oblige. Il est dommage que peu de professionnels aient été prévenus, ou aient remarqué, qu'à partir des années 80 la psychiatrie, et avec elle la médecine et la santé mentale, est entrée

À partir des années 80 la psychiatrie, et avec elle la médecine et la santé mentale, est entrée dans un nouveau monde, où le concept de maladie avait cédé la place au concept de trouble.

dans un nouveau monde, où le concept de maladie avait cédé la place au concept de trouble, et que le traitement d'un trouble n'équivalait pas exactement au traitement d'une maladie.

Une autre motivation à cette attitude que vous appelez « radicale », c'est qu'il faut être là pour les « alternatifs » : les gens qui ne veulent pas entendre parler des médicaments, ou plus spécifiquement des médicaments psychotropes, pour des raisons qui leur appartiennent. Ces gens-là ont le droit d'être reçus, écoutés et traités au même titre que les personnes qui souhaitent des médicaments. Les personnes qui viennent me voir en cabinet privé savent bien que je ne prescris pas et c'est la raison principale pour laquelle ils viennent me voir. Et c'est pourtant bien un médecin qu'ils veulent voir assis devant eux.

Pourquoi traiter sans médicament ?

Il me paraît bizarre d'intervenir sur quelque chose qui est de nature uniquement symptomatique, et donc discursif, socialement construit et médié, par quelque chose d'aussi sérieux qu'un produit qui, comme l'écrivait Castaneda, est en tant que médicament à la fois poison et remède. Au moment de prescrire en psychiatrie, il

faudrait donc peser très attentivement le « pour » et le « contre » et il me semble que cet arbitrage est très insuffisamment effectué, et que s'il l'était, le « contre » l'emporterait très fréquemment sur le « pour ». Il y a une grande méconnaissance des effets positifs et négatifs de ces médicaments, non seulement chez les patients, mais aussi chez les médecins : on a tendance à maximiser les effets positifs et à réduire à pas grand-chose les effets négatifs – ils sont indiqués dans la notice, mais ils le sont tous, par ordre de fréquence, ce qui rend le patient très perplexe à sa lecture. Qui plus est, quand un médicament ne donne pas les effets escomptés, au lieu de chercher une autre piste, on double la dose, on attend longtemps, on change de médicament, et si rien ne marche et que le patient se plaint, au lieu de se poser la question de l'intérêt du traitement, on parle de « résistance au traitement ». Ce qui laisse l'impression désagréable que, sans prescription de psychotropes, un psychiatre serait complètement impuissant devant un tableau clinique. Ce n'est pourtant jamais le cas.

Créer du lien

Pour répondre finalement à votre question sur le traitement sans médicament : on crée du lien, de façon durable. Ce qui peut amener les gens à ne pas se sentir bien est d'origine contextuelle, historique et sociale, et pas biologique. Et le remède se doit donc d'être contextuel, historique et social, et pas biologique. La phrase de Pierre Dac résume finalement assez bien ce travail : « Si tu ne te sens pas bien, va te faire sentir par quelqu'un d'autre ». Mais il faut accepter de répondre à des questions complexes par autre chose que des réponses simples et immédiates.

Nous ne sommes pas des victimes de

notre cerveau : le mal-être n'est pas nécessairement lié à un déficit de sérotonine. Nous avons une histoire, nous vivons un contexte, au sens étroit, un contexte intime, comme large, le contexte étendu aux limites de la société. Cette histoire, ce contexte, nous pouvons en souffrir, et le manifester par des mots et des attitudes. Ce qui est causé par des liens sociaux et par des discours peut aussi être traité par d'autres liens sociaux, nouveaux, meilleurs, et par d'autres paroles, d'autres expériences sociales et relationnelles. Le traitement est ici aussi orthodoxe par rapport à l'hypothèse causale.

Nous ne sommes pas des victimes de notre cerveau : le mal-être n'est pas nécessairement lié à un déficit de sérotonine.

Par ailleurs, il y a également tout un travail de déstigmatisation à mener, pour ne pas réduire les personnes à leurs symptômes ou à leurs traitements. Chez les « fous », comme chez les « pas fous », il y a des personnes qu'on va adorer et d'autres qu'on n'aimera pas, des personnes prodigieusement intéressantes, et d'autres profondément ennuyeuses. Plus on fréquente quelqu'un, moins l'éventuel diagnostic a de l'importance dans le rapport qu'on a avec lui. Ce travail de déstigmatisation, ce n'est ni le patient ni le médecin qui doivent le mener comme s'ils étaient seuls au monde. Rêvons un peu : c'est l'ensemble de la société.

L'ÉQUIPE

L'Équipe comprend deux communautés thérapeutiques, dont une pour usagers de produits illégaux, trois centres de jour, un hôpital de jour pour adolescents, un club d'usagers, un centre ambulatoire et un centre de documentation. Elle cogère des habitations protégées et un projet d'habitat groupé pour jeunes adultes. Elle vient d'ouvrir un lieu de liens et de fonder une équipe mobile sur la commune d'Anderlecht. Elle est aussi fondatrice d'Hermès+, asbl avec laquelle elle promeut une vision communautaire de la réforme de la psychiatrie et l'avancement de la mobilité et de la rapidité d'intervention dans le champ de la psychiatrie sociale. Elle favorise aussi une approche territoriale de proximité.

L'Équipe participe aux travaux des institutions actives en santé mentale à Bruxelles et à leurs représentations associatives ou légales (LBFSM - Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale et PFCSM - Plateforme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale), et elle est aussi membre active de ces associations. Elle accueille de nombreux stagiaires des Hautes écoles et des Universités. Elle collabore à l'enseignement dispensé par l'ULB. Depuis peu, elle est ouverte à l'inclusion de pairs aidants et d'experts d'expérience au sein de ses équipes.

Plus d'informations sur <https://equipe.be>

Pour évoquer le travail de l'Équipe, et non plus ma pratique privée, nous nous inscrivons dans le courant de la psychiatrie sociale, qui s'intéresse à la socialisation du symptôme. Nous cherchons la manière de vivre en groupe qui amène le moins de symptômes possible. Au fond, il n'y a rien eu de pire que le Covid, qui a isolé les gens et qui les a rendus dangereux les uns pour les autres. Quand on observe la montée des difficultés de santé mentale consécutive à la pandémie, on se rend bien compte que le cœur du problème, ce n'est pas la sérotonine. Je crois vraiment que le groupe et le faire-ensemble sont le remède à un très grand nombre de symptômes. Ici, on rétablit du groupe et des fonctionnements de groupe, et donc des règles généralement produites par le groupe. D'une certaine façon, il s'agit de refabriquer une sociabilité menacée de disparaître.

Plus on fréquente quelqu'un, moins l'éventuel diagnostic a de l'importance dans le rapport qu'on a avec lui.

qu'on prend le plus tôt possible, qu'on arrête le plus tard possible, qui traite mais surtout ne guérisse pas trop et pas trop vite ! Et cette formule s'applique parfaitement aux antidépresseurs et aux neuroleptiques... Or, un médicament psychotrope, comme

tout autre médicament, ça devrait idéalement se prendre le moins possible, le moins longtemps possible. Au bilan, des phénomènes que notre culture considère comme

des maladies sont aujourd'hui traités par des objets que cette culture considère comme des médicaments... et je crois que c'est leur plus grande source d'efficacité subjective : une société identifie, nomme des pathologies et propose une solution, fournie par ceux que cette société met en place pour interpréter ce qu'on ne peut comprendre... Comment résister ?

Quelle attitude adoptez-vous à l'égard de vos collègues « prescripteurs » ?

Ma position n'est pas critique à l'égard des collègues qui prescrivent, ni évidemment des patients qui demandent une prescription. Si vous n'allez pas bien, que vous allez voir votre médecin, qu'il ne sait pas trop bien comment vous aider quand vous souffrez et que les prises de sang reviennent normales, la prescription symbolise son souci, son empathie, le cas qu'il fait de votre situation, le désir de vous aider comme professionnel. Le phénomène ne souffre d'aucune critique, comme dans une pièce bien réglée où chacun joue parfaitement son rôle.

La position que j'ai pu développer me convient bien à moi et aux personnes qui viennent me voir, car il faut aussi penser aux soins qu'on peut apporter aux personnes qui ne souhaitent pas prendre de médicaments.

Je crois important de légitimer le choix de certains médecins de prescrire des psychotropes et de certains patients d'en prendre, mais aussi de légitimer le contraire, de rappeler que ce n'est pas toujours utile, que c'est même parfois contre-indiqué et que c'est chaque fois une affaire de rencontre entre tel patient et tel médecin. Après tout, la question du choix est essentielle en démocratie. J'insiste vraiment sur le fait que je ne donne pas de leçons. Le monde est tellement compliqué et tant de gens souffrent que, bien sûr, tout est bienvenu pour aider, si ça aide.

Mais j'insiste aussi sur le fait que je ne suis pas isolé : le gouvernement fédéral a lancé des campagnes de psychologie de première ligne, ainsi que le site usagepsychotropes.be pour « favoriser un usage rationnel des psychotropes ». L'heure n'est plus au triomphe des médicaments psychiatriques : grâce aux efforts de l'Europe, de l'OMS, de l'actuel ministre de la Santé, la vague des prescriptions diminue, mais peut-être plus pour des raisons économiques que déontologiques. Je trouve en outre que le discours qu'aujourd'hui on appellerait « droits-de-l'homme » améliore bien les choses : augmenter le droit des patients et le devoir des médecins de les informer, restreindre l'autorité des médecins, etc. La loi de 2002 relative aux droits des patients qui vient d'être améliorée me paraît fondamentale à cet égard, comme la position du Conseil de l'Europe que j'ai déjà mentionnée : on ne peut ni forcer à un traitement, ni même convaincre par l'autorité, en psychiatrie, pas plus qu'ailleurs. Si je souffre d'un cancer, je peux refuser une chimiothérapie. Mais si je suis appelé schizophrène, pourquoi suis-je obligé de prendre un traitement qui ne m'aide pas et qui selon mon avis me rend malade ?



Marie-Elisabeth Faymonville, docteur en médecine, spécialiste en anesthésie-réanimation

Penser global, opérer local : la chirurgie sous hypnose

Pionnière de l'utilisation de l'hypnose en chirurgie, l'anesthésiste Marie-Elisabeth Faymonville revient sur le développement de cette pratique, les perspectives qu'elle ouvre – et les abus qui peuvent en découler.

HYPNOSÉ

Prospective Jeunesse : Comment en êtes-vous arrivée à vous intéresser au rôle de l'hypnose dans les opérations chirurgicales ?

Marie-Elisabeth Faymonville : J'étais anesthésiste, responsable de la chirurgie plastique et du centre des grands brûlés du CHU de Liège. J'ai assez rapidement été convaincue de la possibilité de remplacer des anesthésies générales par des anesthésies locales accompagnées par l'hypnose (hypnosédation). J'avais heureusement construit une relation de grande confiance avec les chirurgiens qui opéraient et qui ont accepté de réaliser les premiers essais, qui se sont avérés très concluants. Comme je venais du FNRS, j'ai eu la possibilité d'effectuer des recherches rétrospectives et prospectives randomisées qui ont établi l'efficacité de la méthode et permis de diffuser la pratique, en particulier dans le monde francophone. Par ailleurs, le bouche-à-oreille a fonctionné et ça n'a pas été particulièrement difficile de convaincre les chirurgiens de l'efficacité et de l'utilité de la méthode. Ce qui est en outre intéressant en Belgique, c'est que l'anesthésiste décide à égalité avec le chirurgien, alors que dans beaucoup de pays, c'est le chirurgien qui décide seul du caractère local ou général de l'anesthésie.

Précisément, en quoi consiste cette méthode ?

J'ai commencé par pratiquer l'hypnose en tant qu'anesthésiste, comme une technique

complémentaire permettant de réaliser avec une anesthésie locale et un peu d'antidouleurs en cas de besoin des opérations, comme celles de la thyroïde ou de l'ablation mammaire, qui requéraient au préalable une anesthésie générale. Cette méthode d'hypnosédation permet d'éviter le coma pharmacologique réversible de l'anesthésie générale, ce qui est très largement préférable pour les patients. Ce n'est évidemment pas possible pour des grosses interventions (opération du cœur, ouverture du thorax, etc.).

Apprenti ou virtuose, chacun peut y parvenir, à condition de s'exercer.

Bien entendu, ces méthodes ne sont appliquées qu'avec l'accord des chirurgiens et des patients, qui acceptent donc de rester conscients tout au long de l'opération. Certains chirurgiens sont tellement habitués à travailler avec des patients inconscients qu'ils ne sont pas prêts à opérer sous hypnosédation, mais en général, quand on le leur propose, le chirurgien décide en fonction de son expérience et de ce qu'il a perçu comme difficultés opératoires. Il m'est arrivé de travailler avec des chirurgiens qui acceptent de pratiquer des hystérectomies vaginales sous hypnosédation, alors que ça paraît complètement impossible à envisager pour d'autres.

Enfin, il convient de préciser que des contre-indications existent : la surdité, bien entendu, mais aussi la démence, des troubles psychiatriques comme les troubles dissociatifs ou encore l'allergie aux anesthésiants locaux.

Comment qualifieriez-vous l'hypnose que connaissent les patients en hypnosédation ?

C'est un état de conscience modifié, et pas du tout du sommeil. La personne modifie la conscience qu'elle a d'elle-même et de son environnement. Elle est physiquement présente, mais pas mentalement. Le patient s'extrait en quelque sorte du bloc opératoire et s'installe mentalement dans un lieu confortable lié à des émotions positives, comme des souvenirs de vacances ou d'activités sportives.

Ce qui est fondamental, c'est qu'on se met soi-même en hypnose : on n'est pas hypnotisé. Entrer dans cet état nécessite évidemment de la confiance en la personne (en l'occurrence l'anesthésiste) qui pratique l'hypnosédation.

Une fois les conditions réunies, la patient se dissocie et éprouve un autre état, nettement plus confortable et avec beaucoup moins de douleur que sans hypnose. L'imagerie cérébrale a d'ailleurs permis de montrer que sous hypnose, le réseau de la douleur est modifié : la douleur n'est pas perçue de la même manière.

Au départ, on se posait la question de savoir si l'hypnose tenait simplement du jeu de rôle ou si elle était caractérisée par un fonctionnement différencié du cerveau. Jusqu'aux années 1990, on disposait de très peu d'outils pour répondre à cette question, mais avec l'arrivée du Pet Scan et de l'IRM fonctionnel, on a pu en savoir beaucoup plus. Les travaux que j'ai eu la chance de mener avec Pierre Maquet, du

centre de recherche Cyclotron ont permis de montrer qu'il s'agissait véritablement d'un fonctionnement différencié du cerveau. Pour ce faire, on a comparé les imageries cérébrales de volontaires qui étaient d'accord, pour le premier groupe, de se mettre sous hypnose et de se remémorer leurs vacances, et pour le second, de se remémorer leurs vacances sans induction hypnotique. Les résultats étaient très différents ! Il s'agissait vraiment de travaux pionniers pour l'époque, qui ont été entièrement corroborés par les recherches parallèles que menait Pierre Rainville au Canada. Tous ces résultats ont été publiés dans des revues à comité de lecture et c'est sans doute aussi cet élément qui a permis de convaincre assez facilement les chirurgiens de l'intérêt de la pratique.

L'hypnose est un talent que chacun d'entre nous possède et vit au quotidien, avec des intensités différentes. Nous connaissons par exemple ces états quand nous sommes absorbés par un livre ou un film intéressants ou lorsque nous entrons dans une forme de pilotage automatique en voiture sur un trajet bien connu. Mais comme tous les talents, celui de l'hypnose est inégalement réparti : c'est comme les mathématiques, le dessin ou la gymnastique ! Certains individus sont des virtuoses de l'hypnose ; d'autres sont plutôt des apprentis, qui ont besoin de beaucoup plus de temps pour maîtriser la technique. Ceci dit, apprenti ou virtuose, chacun peut y parvenir, à condition de s'exercer : c'est en forgeant qu'on devient forgeron !

Si quelqu'un propose de traiter les addictions en quelques séances avec 100% de succès, il faut prendre ses jambes à son cou !

Avez-vous eu l'occasion d'expérimenter ces techniques en dehors du bloc opératoire ?

Oui ! Comme ils fonctionnaient très bien en chirurgie, j'ai voulu offrir ces outils aux

personnes qui souffrent de douleurs chroniques et pour qui la capacité de se mettre en autohypnose est une ressource précieuse. À elle seule, cette technique ne suffit pas, mais intégrée dans des stratégies plus globales d'apprentissage à s'observer, à connaître ses qualités, ses lignes de force, ses ressources et ses manières de se faire plaisir, à être à l'écoute de ses besoins, à prendre soin de soi, à travailler avec soi-même dans la bienveillance, elle peut être très efficace et amener une diminution de la prise médicamenteuse dans le traitement de situations douloureuses, qu'il s'agisse de douleurs *stricto sensu*, mais aussi d'anxiété ou de dépression. Ceci dit, là aussi, comme pour l'hypnose, la pratique et l'exercice sont fondamentaux : il s'agit de ne pas en rester au niveau théorique.

Enfin, je travaille également en soins palliatifs et en oncologie. En réalité, on a pu montrer l'intérêt de la pratique de l'hypnose pour de nombreux problèmes de santé chroniques (des acouphènes, à l'eczéma en passant par la polyarthrite).

Qu'est-ce qui vous a le plus étonnée dans le développement de ces pratiques médicales d'hypnose ?

Ce sont probablement les ressources extraordinaires que possèdent les patients sans le savoir, et parallèlement, une forme de manque de confiance pour les utiliser en leur faveur. Mais cette question de confiance est aussi essentielle du côté du personnel soignant : la pratique de l'hypnose nous

permet de faire davantage confiance aux compétences des patients et, certainement, d'être davantage à leur écoute. En recourant à l'hypnose, on apprend en outre que les mots peuvent guérir comme ils peuvent détruire.

À elle seule, l'hypnose ne suffit pas, mais intégrée dans des stratégies plus globales, elle peut être très efficace et amener une diminution de la prise médicamenteuse.

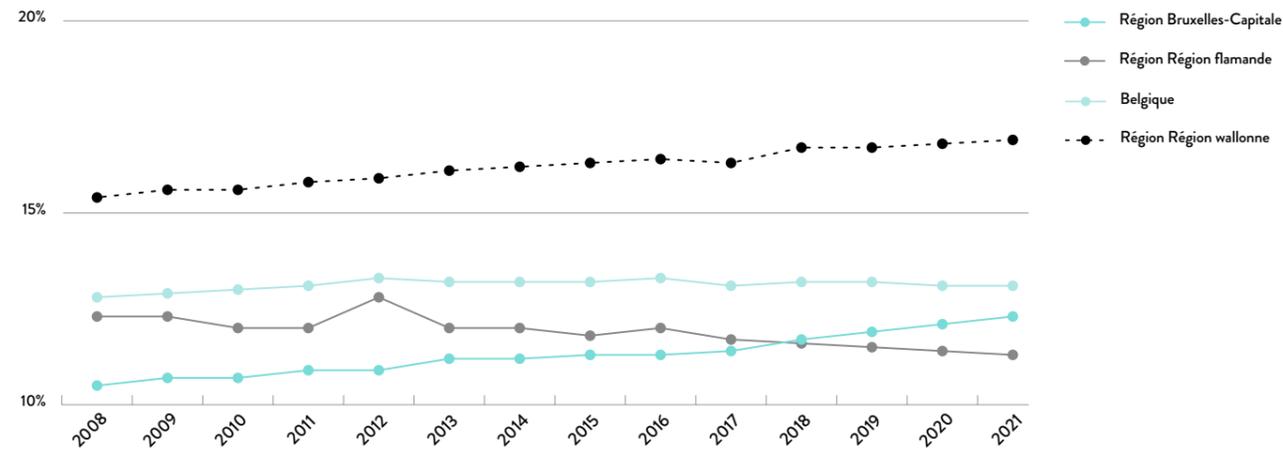
Mais comme pour toute innovation, il faut prendre garde aux excès d'enthousiasme. L'utilisation de l'hypnose avec les patients n'est pas protégée, ce qui peut mener à des abus. Ce peut être le cas en matière de traitement des addictions : on sait bien que ces problématiques sont complexes et nécessitent un travail en réseau regroupant diverses spécialités. Si quelqu'un propose de traiter les addictions en quelques séances avec 100% de succès, il faut prendre ses jambes à son cou ! J'ai d'ailleurs participé à la rédaction d'un avis pour le Conseil supérieur de la Santé relatif à l'utilisation responsable de l'hypnose dans les soins de santé.

Quelle est la direction que prennent les travaux qui ont commencé par étudier l'efficacité de l'hypnose ?

On souhaite désormais investiguer d'autres approches de conscience modifiée, comme celles qu'on peut obtenir avec des approches chamaniques, avec la musique, le reiki, la réflexologie plantaire, la méditation, le yoga, en s'intéressant aux résultats à court terme, mais aussi à long terme. C'est notamment en oncologie que beaucoup de recherches sont menées pour améliorer la vie des patients. L'avantage d'être dans un milieu universitaire, c'est la garantie de mener des recherches robustes dont les résultats sont probants.

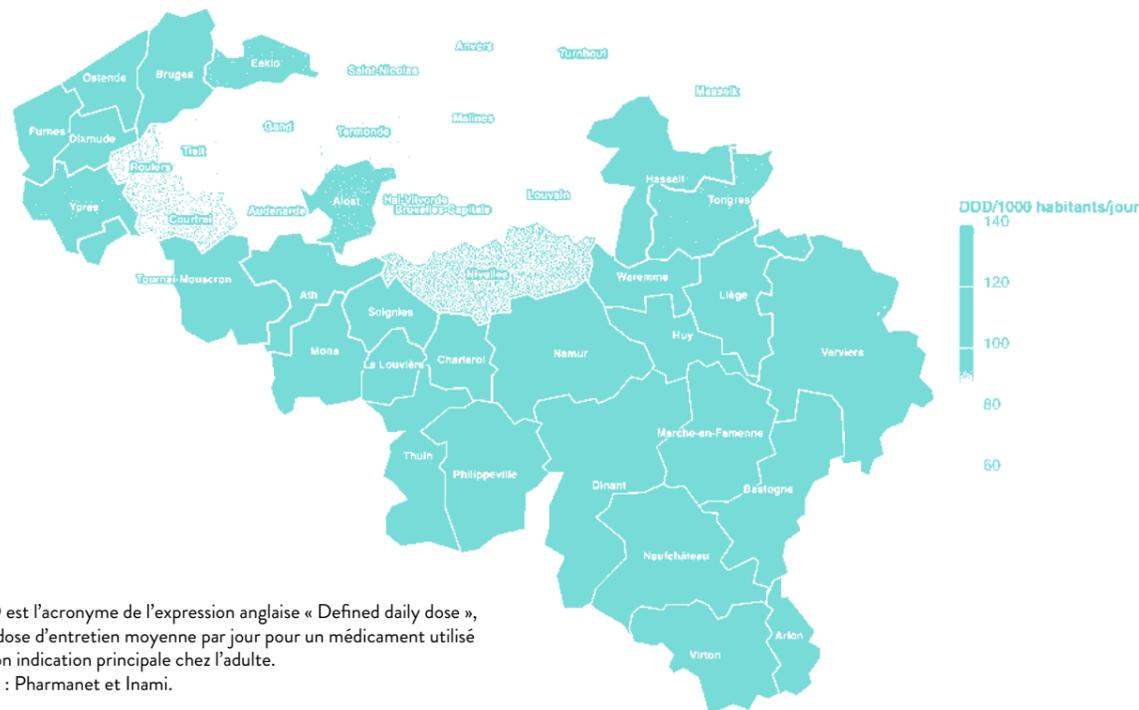
La consommation d'antidépresseurs en chiffres

1. Évolution de la consommation d'antidépresseurs en Belgique (en % de la population)

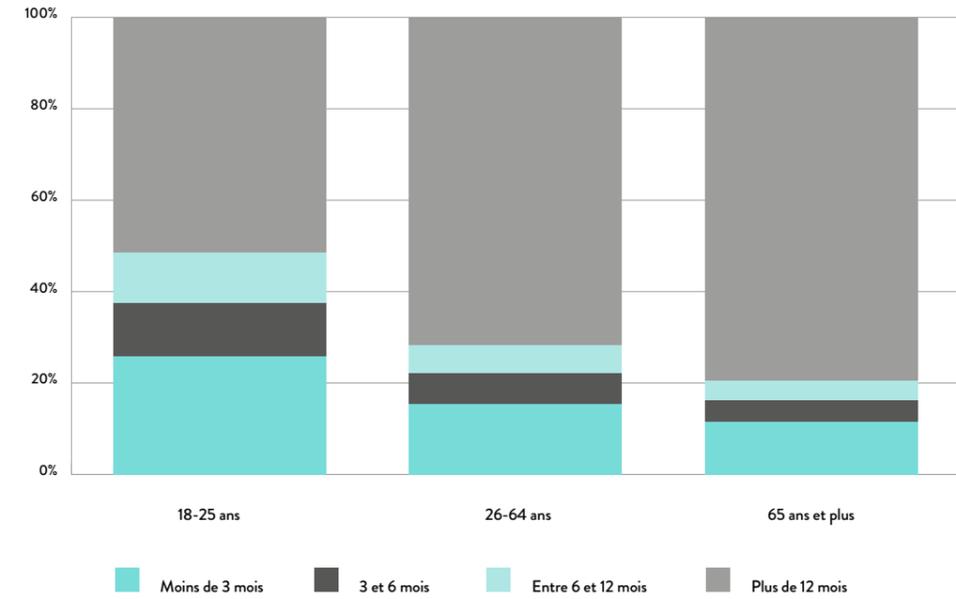


Source : Agence intermutualiste.

2. Consommation par arrondissement : Doses définies journalières (DDD*) d'antidépresseurs pour 1000 habitants, par jour, par arrondissement

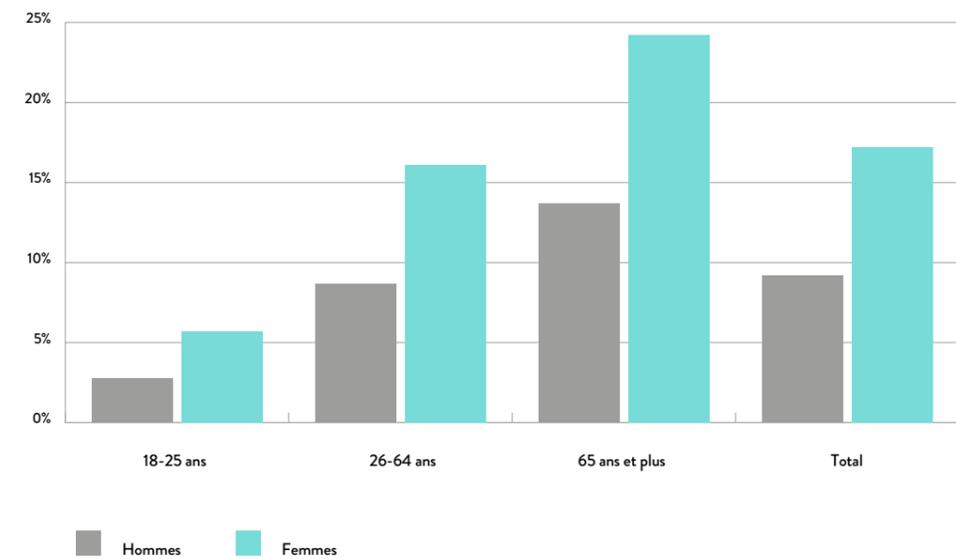


3. Durée de consommation d'antidépresseurs par tranche d'âge (2021)



Source : Agence intermutualiste.

4. Consommation d'antidépresseurs selon le genre



Source : Agence intermutualiste.

Olivier Bailly, journaliste et écrivain,
cofondateur du trimestriel Médor

Propos recueillis par Edgar Szoc

Enquêter sur les firmes pharmaceutiques : l'épreuve de l'ambivalence

Dans un paysage journalistique qui s'intéresse relativement peu au fonctionnement de l'industrie pharmaceutique belge, Médor fait figure d'heureuse exception. Articles et enquêtes-fleuves ont en effet marqué les sorties du trimestriel depuis sa première parution en novembre 2015. Olivier Bailly dévoile ici quelques-unes des caractéristiques du journalisme relatif aux activités de Big Pharma.

Prospective Jeunesse : Comment en êtes-vous venu à vous intéresser journalistiquement au secteur pharmaceutique ?

Olivier Bailly : J'ai été amené à entrer dans le domaine, par la petite porte en quelque

sorte. J'avais reçu un tuyau, comme les journalistes en reçoivent fréquemment, à propos d'une histoire d'importation parallèle de médicaments. C'est ce qui a donné lieu à mon premier article sur le sujet (« Des Médocs à remballer » paru en 2017, dans le huitième numéro de Médor). Je n'avais aucune connaissance du secteur et les « barrières à l'entrée » sont assez élevées, vu la technicité du domaine. Dès lors, vu le temps et l'énergie dépensés, il m'a paru intéressant de continuer à couvrir le sujet, même si ma porte d'entrée avait été un point de détail. C'est ainsi que j'ai été amené à développer une grille de lecture du secteur et à écrire notamment sur la Commission de remboursement de l'Inami, le Fentanyl et l'Oxycotin. Il faut ajouter que le nombre de journalistes traitant de ces questions est relativement restreint en Belgique, pour des raisons que j'ignore. Je me souviens qu'il y a quelques années, les Mutualités chrétiennes avaient organisé des formations sur le sujet à destination des journalistes, mais qu'elles avaient enregistré assez peu d'inscrits.

MÉDOR : POUR UN JOURNALISTE ROBUSTE

Fin 2023, la parution du 33^{ème} numéro de Médor ne passait pas inaperçue. Chaque exemplaire papier était en effet troué en son centre à chacune des pages ; une manière pour l'équipe de Médor de rappeler la fragilité du projet et d'appeler à l'aide son lectorat, et surtout son lectorat potentiel, pour éviter que « la presse de demain ne [soit] la sidérurgie d'hier ». À l'occasion de la sortie de ce numéro, paraissait également un appel « pour un journaliste robuste », reprenant ce concept de robustesse au biologiste Olivier Hamant, qui y voit une alternative durable à la performance.

Pour que ce journaliste robuste soit pérenne, Médor doit vendre environ 6 300 exemplaires de chacun de ses numéros. Or, au moment du lancement de l'appel, ces ventes oscillaient autour de 5 500. Nous nous permettons donc de relayer cet appel, émanant d'une publication dont la disparition ferait perdre au paysage éditorial francophone belge un de ses piliers les plus précieux.

Vous retrouverez l'intégralité de l'Appel ici : <https://medor.coop/appe/>.



Cette grille de lecture que vous avez développée, comment la résumeriez-vous ?

Ce qui est frappant à observer, c'est le caractère particulièrement dominant d'un acteur, qui occupe tout le spectre : les entreprises pharmaceutiques, qui sont évidemment du côté des producteurs, mais également des associations de patients qu'ils peuvent financer dans la mesure où ils ont des intérêts communs au remboursement des médicaments. Et puis, en amont même de la production, les entreprises jouent un rôle déterminant dans le financement des recherches universitaires, dans le design des études cliniques, pour préciser ce qu'on cherche et ce qu'on ne cherche pas, notamment pour viser une efficacité au spectre le plus étroit possible, ce qui permet une multiplication des remboursements. Le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) effectue bien sûr des recherches qui ne sont pas indexées sur les intérêts des entreprises, mais sa force de frappe est incommensurablement moindre. Les essais cliniques universitaires dépendent, certes, de l'approbation des comités d'éthique, mais *in fine*, ce sont quand même les entreprises pharmaceutiques qui donnent le « la ».

LE SUNSHINE ACT ET BETRANSPARENT

Le « Physician Payments Sunshine Act », communément raccourci en « Sunshine Act », est une loi américaine de 2010 visant à accroître la transparence des relations financières entre les professionnels de la santé et les fabricants de produits pharmaceutiques. Il soumet les fabricants de médicaments, de dispositifs médicaux, et les distributeurs de matériels biologiques et médicaux couverts par les programmes de soins de santé fédéraux états-unis à une obligation de collecte et de suivi de toutes les transactions financières faites au profit des médecins et des hôpitaux universitaires ainsi qu'à une obligation de déclaration de ces transactions à l'Agence fédérale de la santé et des services sociaux. En améliorant la transparence des flux financiers entre entreprises pharmaceutiques et professionnels de la santé, la loi vise à révéler – et dès lors réduire – les potentiels conflits d'intérêts.

En Belgique, une obligation similaire existe depuis 2017, via un « Sunshine Act » à la belge. Les données financières qui en résultent sont rendues publiques sur le site <https://betransparent.be>.

Leur emprise porte encore sur les revues médicales, dont beaucoup dépendent des publicités achetées par les entreprises pharmaceutiques pour leur survie économique. C'est pourquoi des revues médicales sans publicité comme *Prescrire* ou *Cochrane* sont essentielles pour donner aux médecins des informations non biaisées relatives à l'efficacité ou aux risques associés à tel ou tel médicament. Il me semble que le vrai enjeu, c'est de parvenir, sur ce sujet, à éviter le monopole de la parole et de l'expertise.

Précisément, que peut-on faire pour éviter ce monopole de la parole et de l'expertise ?

Les pouvoirs publics ont la volonté d'accroître la transparence, vu les sommes considérables qui sont engagées. Par ailleurs, des outils existent pour produire de l'information et lui donner du sens. Je pense par exemple aux bases de données considérables de l'Inami et des mutualités, qui permettent par exemple de cartographier l'usage d'un médicament, ce qui peut donner des résultats très instructifs.

Il existe en outre des outils légaux contraignants comme le Sunshine Act et sa version belge

Betransparent (voir Encadré), qui facilitent l'accès à l'information sur les flux financiers entre entreprises pharmaceutiques et acteurs de la Santé. Mais tout n'est pas rose pour autant : la plateforme Betransparent est organisée par le secteur lui-même, sans contrôle ni sanction de la part de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. Par ailleurs, les normes relatives aux « Declaration of Interest » ne sont pas standardisées, notamment quant à leur durée de couverture, qui peut être de trois ou de cinq ans.

Enfin, en matière de transparence, on peut compter sur de nombreux praticiens et spécialistes qui mettent l'intérêt des patients au-dessus des intérêts financiers, sont demandeurs d'informations et n'hésitent pas à les partager. Nous avons reçu beaucoup de réactions très positives de leur part suite aux différents articles que nous avons publiés sur ces sujets.

Avez-vous fait face à des tentatives d'obstruction de la part du secteur ou des entreprises ?

Non, il n'y a eu aucune obstruction, ni menace, ni même manifestation de nervosité. Au contraire, nous sommes très bien accueillis et pharma.be, l'Association générale de l'industrie du médicament en Belgique, va toujours mettre un point d'honneur à répondre à toutes les questions. En revanche, s'il n'agit pas de manière frontale à l'encontre d'un article ou d'une recherche qui ne va pas dans le sens de ses intérêts, le secteur est très vigilant et n'hésitera pas non plus à allumer des contre-feux, dans une logique d'influence et de *soft power*.

En réalité, toute réflexion sur ce secteur se doit d'être marquée par l'ambivalence. Il serait simpliste de tenir un discours qui ne serait que diabolisant. On peut certes souhaiter un système plus collectif qui tienne mieux compte de l'intérêt commun, mais on doit aussi reconnaître qu'il y a des médicaments qui changent la vie !

Christine Barras, Docteure en linguistique, ancienne chercheuse et intervenante en sciences psychopédagogiques et en santé publique, membre associée du GIRSEF (Groupe interdisciplinaire de recherche sur la socialisation, l'enseignement et la formation).

La référence aux neurosciences en éducation : quel malentendu ?!

Un exemple de pratique dénoncée par l'éducation positive, le *time out*



Associée à une conception naïve de l'éducation positive, la référence omniprésente aux neurosciences se veut non seulement persuasive, mais irréfutable. Soutenue par « la » science, elle contribue à une forme de médicalisation de l'éducation, rétive à tout ce qui peut venir troubler. La question a priori anecdotique du rapport au *Time out* l'illustre parfaitement.

« Mme de Fleurville s'approcha d'elle en silence, la prit par le bras, l'emmena dans une chambre que Sophie ne connaissait pas encore et qui s'appelait le cabinet de pénitence, la plaça sur une chaise devant une table, (...) et lui dit : « Vous allez achever votre journée dans ce cabinet, mademoiselle, (...) vous allez copier dix fois toute la prière : Notre Père qui êtes aux cieux. Quand vous serez calmée, je reviendrai vous faire demander pardon au bon Dieu de votre colère ; je vous enverrai votre dîner ici, et vous irez vous coucher sans revoir vos amies. »

Comtesse de Ségur (1858), *Les petites filles modèles*, en ligne.

Les romans de la Comtesse de Ségur restent appréciés des plus jeunes, qui y trouvent un récit bien mené, des personnages auxquels s'identifier, la victoire toujours assurée du bien sur le mal. Dans l'extrait ci-dessus, la punition infligée à Sophie est douce comparée aux coups de fouet de sa belle-mère, l'horrible Madame Fichini. Après un moment de révolte suivi du repentir attendu, Sophie confie à sa bonne : « Quand j'étais méchante et que ma belle-mère me punissait, je me sentais encore plus méchante après, je détestais ma belle-mère ; tandis que Mme de Fleurville, qui m'a punie, je l'aime au contraire plus qu'avant et j'ai envie d'être meilleure ». Dans son ouvrage dédié à la comtesse, Catherine Eliacheff¹ compare cette dernière à Françoise Dolto et en fait même l'ancêtre de l'éducation positive. L'apologie du « cabinet de pénitence » s'opposait à la brutalité physique généralement administrée autrefois aux enfants récalcitrants.

Aujourd'hui, dans une société qui a changé, la punition qu'elle décrit nous offusque par son côté implacable. Même si l'éloignement temporaire de l'enfant est préférable au châtiment corporel, le *time out*, comme on l'appelle dans une version moderne infiniment plus douce que celle de la comtesse, est dénoncé par les partisans de l'éducation positive comme un reliquat des pratiques mortifiantes d'autrefois². *Super Nanny*, qui recommande cette pratique pour calmer les enfants dans les moments de crise, en a fait les frais. Peu importe si elle accompagne toujours la sanction d'un « Tu vas aller réfléchir » qui donne du sens au temps d'arrêt, si l'enfant sait pourquoi il doit s'extraire du groupe pour un moment. Cette justification n'autorise en rien, selon ses détracteurs, une pratique de mise à l'écart qui est également une mise en évidence, une rupture dans la routine, un hors-jeu visible par tous et donc potentiellement humiliant. Le *time out*, la mise au coin ou la relégation dans sa

chambre rappellerait d'une certaine façon le bonnet d'âne d'autrefois ou même le pilori, une prise de pouvoir par l'adulte sur un enfant qui, sous le coup du stress, va sécréter du cortisol, un poison pour son cerveau³. Les partisans du *time out* soutiennent en revanche sa compatibilité avec les valeurs démocratiques, affirmant que, dans un climat bienveillant et chaleureux, elle n'a rien d'humiliant, et qu'isoler une pratique de son contexte ne peut qu'engendrer un discours caricatural.

Le *time out*, comme on l'appelle dans une version moderne infiniment plus douce que celle de la comtesse, est dénoncé par les partisans de l'éducation positive comme un reliquat des pratiques mortifiantes d'autrefois.

L'exemple illustre le statut d'une pratique qui, à côté d'une éducation à coups de bâton, faisait bonne figure parce qu'elle préservait l'intégrité physique de l'enfant et l'enjoignait à un retour sur soi. Laissons de côté le texte à recopier et l'examen de conscience qui devait conduire à un constat de culpabilité, punition en vigueur dans les écoles au moins jusqu'à la fin du siècle dernier, ainsi que la référence chrétienne, inscrite dans l'éducation de l'époque. L'éloignement de l'enfant fait aujourd'hui l'objet d'un débat passionné opposant les partisans de l'éducation positive aux autres, jugés coupables parce que non initiés aux avancées de la science. L'éducation positive assoit sa légitimité sur la prise en compte du développement cérébral des enfants. Au cours de ses conférences, la psychiatre

1. ELIACHEFF C., *Ma vie avec la Comtesse de Ségur*, Paris, Gallimard, 2021.

2. Voir : <https://www.familylab.fr/time-out-ca-suffit/>.

3. GUÉGUEN C., « Neurosciences. Le cerveau de l'enfant », *L'école des parents*, vol. 622, n° 1, p. 40-43, 2017.

Catherine Guéguen⁴ explique l'importance des comportements aimants envers les petits à la lumière des neurosciences, ces dernières marquant pour elle le seul point de départ valide de la compréhension des liens parents-enfants, parce que scientifiquement étayé par l'imagerie médicale, autrement dit par quelque chose que l'on voit.

La montée en puissance des références scientifiques en éducation

Dans la première moitié du XX^e siècle, des pédagogues comme Maria Montessori, Célestin Freinet ou Ovide Decroly font référence aux avancées de la psychiatrie, de la psychologie ou de l'éthologie pour défendre une nouvelle approche de l'enfance⁵. Ils s'opposent à la sclérose de l'école

traditionnelle en promouvant, dans une vision politique innovante, l'accès à l'éducation pour tous, afin que chacun puisse devenir un citoyen actif. « Quittant le monde des tâtonnements empiriques, des procédés dogmatiques et des superstitions religieuses, les nouvelles pratiques éducatives sont censées devenir rationnelles, vérifiées, réglées par la science⁶ ». Le changement est revendiqué, appuyé par une argumentation solide. Quant aux sciences cognitives, ou les neurosciences qui en constituent

4. Voir, par exemple, sa conférence Ted sur Youtube : <https://urlz.fr/50tw>.

5. MONTESSORI M., *L'enfant*, Paris, Desclée de Brouwer, 2018 (1^{re} édition : 1935). UEBERSCHLAG J., « De Decroly à Freinet... Apprendre à lire, un pas vers la citoyenneté », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 53, n°3, p. 13-29, 2020.

6. HOUSSAYE J., « Pédagogie et sciences de l'éducation : pas facile ! », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 52, n° 2, p. 15, 2019.

une composante, elles se sont développées d'une façon exponentielle après la Seconde Guerre mondiale, notamment à partir des travaux de Jean Piaget, de John Bowlby ou encore de Lev Vygotsky. Depuis quelques décennies, ces nouveaux savoirs sont mis à la portée du grand public, les faisant passer des laboratoires au sein de l'école et des familles.

Dans un entretien consacré au développement des enfants, Boris Cyrulnik décrit l'importance d'un lien précoce avec l'apprentissage en s'aidant des neurosciences

La référence aux neurosciences, plus particulièrement à l'imagerie médicale, dit quelque chose non pas du développement de l'enfant, mais d'une certaine idéologie dans laquelle se place celui qui parle, ou que celui qui parle attribue à ceux qui l'écoutent.

pour développer sa pensée : « L'imagerie montre que lorsqu'on se dispute devant un tout petit, son cerveau est comme sidéré, ne fonctionne plus, tandis que ses amygdales explosent. Et si cela se répète, le bébé apprend à considérer toute information comme une agression. Par contre, le processus de résilience neuronale démarre dès

que l'enfant est sécurisé. Pour cela, il faut fabriquer une niche sécurisante avec des mots, des gestes : en bref, tout le contraire de ce qu'on conseillait avant aux professeurs des écoles, sous peine que tisser une relation affective avec l'enfant risquait de provoquer des dégâts⁷ ! ». Qu'apporte la référence aux neurosciences ? Cyrulnik aurait pu dire, au début de son exposé : « Lorsqu'on se dispute devant un tout petit, il reste sidéré. Si cela se répète, le bébé apprend à considérer toute information comme une agression. Par contre, lorsqu'il est sécurisé, le processus de résilience démarre ... ». La référence aux neurosciences, plus particulièrement à l'imagerie médicale, dit quelque chose non pas du développement de l'enfant, mais d'une certaine idéologie dans laquelle

7. Voir « Boris Cyrulnik, neuropsychiatre : « La théorie de l'attachement devrait être enseignée à tous les professionnels de la petite enfance » sur le site [lesprosdela petiteenfance.fr](https://urlz.fr/q3fx) : <https://urlz.fr/q3fx>.

se place celui qui parle, ou que celui qui parle attribue à ceux qui l'écoutent. Il veut se montrer non seulement persuasif, mais irréfutable.

L'éducation positive, qui se préoccupe non pas des failles mais des ressources, marque un progrès majeur par rapport à l'éducation d'autrefois et ses efforts pour extirper le mal. La prise en compte de nouvelles données scientifiques, issues de champs variés, n'est pas à remettre en cause. Les pédagogues cités plus haut ont été, à leur époque, admirés mais aussi critiqués pour leur façon de piétiner les traditions. Ils ont souvent terminé leur vie dans l'hostilité, voire l'indifférence. Françoise Dolto, à ses débuts, n'était guère comprise. Aujourd'hui, en revanche, si les savoirs sont à portée de main et si les nouveautés, ou les modes, trouvent leur public, cette évolution comporte une part d'ombre. Ces savoirs font souche dans une époque inscrite dans le tout, tout de suite, dans la quête d'efficacité et de résultat rapide, et dans une confiance aveugle en « la » science. Ils s'imprègnent de l'idéologie ambiante.

La référence aux neurosciences, omniprésente dans les médias, rend le doute à la fois inutile et dépassé, parce que le sens commun dote la démarche scientifique d'une aura prestigieuse sans toujours en percevoir les limites.

Une vulgarisation sans nuance

Si l'approche scientifique permet d'amender, critiquer, développer ou réfuter, l'approche « grand public » est en revanche insensible à la notion de doute. La référence aux neurosciences, omniprésente dans les médias, rend celui-ci à la fois inutile et dépassé, parce que le sens commun dote la démarche scientifique d'une aura prestigieuse sans toujours en percevoir les limites⁸. Comprendre le fonctionnement du cerveau permet de poser un lien entre le comportement de l'éducateur et son

Un bon parent n'est pas un parent initié à la psychiatrie, c'est un parent qui soutient l'enfant, qui ne le lâche pas, qui l'aide à se construire à travers les bons moments mais aussi les déceptions ou les frustrations, les erreurs et les pardons.

effet physique sur l'enfant, mais sans donner aucune indication sur ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire lorsque l'enfant s'oppose ou réagit d'une façon inattendue. « La fragilité épistémologique des neurosciences dans le domaine des comportements ne se situe pas dans le recueil des données mais dans leur interprétation⁹ ». Selon une conception naïve de l'éducation positive, un parent initié serait suffisamment outillé pour comprendre et décoder le fonctionnement de son enfant, au risque de faire oublier la dimension créative et singulière de l'éducation. Or un bon parent n'est pas un parent initié à la psychiatrie, c'est un parent qui soutient l'enfant, qui ne le lâche pas, qui l'aide à se construire à travers les bons moments mais aussi les déceptions ou les frustrations, les erreurs et les pardons. Tant pis s'il ne comprend pas tout du fonctionnement de son enfant : « Des parents parfaitement empathiques rendraient l'ouverture au monde inutile¹⁰ ».

8. SANDER E., GROS H., GVOZDIC K., SCHEIBLING-SÈVE C., *Les neurosciences en éducation. Mythes et réalité*, Paris, Éditions Retz, 2018.

9. DAYAN J., « Limites des apports des neurosciences à la compréhension du bébé », *Spirale*, vol. 91, n° 3, p. 78, 2019.

10. GRAVILLON I., « Parentalité positive, la nouvelle panacée », *L'école des parents*, vol. 622, n° 1, p. 31-38, 2017.

La référence aux neurosciences suscite également un certain rejet en « chosifiant » l'être humain, qu'il s'agit de perfectionner et de rendre le plus performant possible selon une norme valable pour tous. Elle inscrit l'individu dans un registre commercial, avec la vogue des gadgets, outils, méthodes, techniques, artefacts destinés à faciliter le métier d'éducateur. D'un point de vue social, elle flatte le besoin de maîtrise des adultes, à une époque où tout va trop vite, où le futur est décrit en termes de menaces. Elle l'inscrit dans

un registre sanitaire, pour faire obstacle à un futur marqué par la souffrance, et en particulier par la maladie mentale. L'imagerie médicale et son arsenal technologique restant une des marques distinctives des soignants, elle contribue à médicaliser l'éducation. Même si ce n'est pas le but affiché de ses promoteurs, le lien

reste prégnant dans l'imaginaire collectif. Pour finir, elle offre la garantie qu'il existe une vérité à suivre, efficace si l'on acquiert certaines clés pour traverser l'enfance puis l'adolescence de ses enfants sans dommages¹¹. Lorsque les recettes ne fonctionnent pas, les parents l'apprennent à leurs dépens, coupables de ne pas accéder à un bonheur qui pourtant semblait accessible. Objectivée par la science et donc applicable à chacun, cette référence, suivie d'une façon naïve, séduit des parents prêts à tout pour faire réussir leurs enfants, et le plus rapidement possible, sans avoir besoin de trouver en eux-mêmes le chemin pour y parvenir. René Char a écrit : « Ce qui vient au monde pour ne rien troubler ne mérite ni égards ni patience ». Le trouble

11. CHARMETANT E., « La neuroéthique : histoire, actualité et prospective », *Transversalités*, vol. 146, n° 3, p. 45-58, 2018.

Lorsque les recettes ne fonctionnent pas, les parents l'apprennent à leurs dépens, coupables de ne pas accéder à un bonheur qui pourtant semblait accessible.



est inhérent à la vie de la famille, qu'elle vivifie et qu'elle fait grandir, avec des personnes qui garderont toujours, et c'est bien comme ça, une part de mystère¹².

12. BEN SOUSSAN P., « La parentalité positive ? Je l'ai sur le bout de la langue », *Spirale*, vol. 92, n° 3, p. 18-26, 2019.

Edgar Szoc

Déclaration d'Oviedo : anatomie d'un processus

En quelques mois, la Déclaration d'Oviedo, dont on retrouvera la retranscription complète à l'article suivant du présent numéro, a connu une diffusion massive sur le plan international et suscité l'intérêt de nombreuses organisations signataires. Retour sur un succès, qui ne se veut qu'un début.

C'est le 9 juin 2023 que des experts internationaux en matière de drogue se sont réunis à Oviedo, en Espagne, dans le cadre d'une consultation organisée par Proyecto Hombre¹ en vue d'approfondir les discussions autour des stratégies les plus efficaces (et les mieux étayées par des données probantes) en matière de prévention de la consommation de drogues. Le prétexte en était donné par la publication d'une étude longitudinale d'évaluation du programme de prévention en milieu scolaire « Juego de Llaves » (*Jeu de clés*) – étude menée conjointement par le gouvernement espagnol, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) et l'Université d'Oviedo.

1. Proyecto Hombre est une association espagnole active en matière de prévention et sensibilisation aux conduites addictives, ainsi que de soutien, traitement et réinsertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de dépendances. Voir : <https://proyectohombre.es>.

Suite à cette rencontre, près de 200 experts ont travaillé sur une base volontaire pour rédiger, diffuser et adopter la Déclaration d'Oviedo², afin de mettre la prévention au premier plan des politiques en matière de drogue. À l'heure de boucler le présent numéro, le texte a été traduit en 21 langues et signé par 1 085 organisations de par le monde. Des points de contact ont en outre été établis dans 108 pays (pour la Belgique, l'asbl Trepoline) afin de poursuivre le processus de diffusion et d'appropriation du texte.

Contrairement à ce que pourrait laisser penser son appellation, la Déclaration évoquée d'Oviedo ne revêt pas de caractère officiel, mais émane au contraire d'un travail d'expertise associative et militante – travail qui a connu une première reconnaissance le 21 mars 2024, avec l'invitation faite à Proyecto Hombre de venir échanger informellement avec le président de la Commission des stupéfiants de l'ONU, Philibert Johnson, à l'occasion de la 67^{ème} session de la Commission des stupéfiants qui avait lieu à Vienne. Voici la réponse que la présidence a apportée à la question que posait Proyecto Hombre à propos de la possibilité de se servir de son mandat « pour encourager les États membres à intégrer de manière significative et à investir davantage dans une prévention efficace et fondée sur des données probantes dans la politique en matière de drogues ».

2. À ne pas confondre avec La Convention d'Oviedo (du Conseil de l'Europe) relative à protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, qui a été ouverte à la signature en 1997.

« Nous sommes tous d'accord sur la prévention. Si nous étions en mesure de prévenir la consommation et l'abus de drogues, nous ne serions pas assis ici. La Commission des stupéfiants constitue une plateforme essentielle pour l'échange de bonnes pratiques. Dans le domaine crucial de la politique de prévention fondée sur des données probantes, j'ai présenté un plan d'action, mais il s'agit d'un processus volontaire dans le cadre duquel certains pays se sont engagés à déployer des efforts. On ne peut pas forcer les pays à le faire et le mandat de la présidence est seulement de faciliter. Mon travail consiste à discuter avec les États membres à ce sujet. Je pense que nous pouvons obtenir des résultats optimaux dans ce domaine. Le directeur exécutif de l'ONUDC a également lancé un programme appelé CHAMPS. J'essayerai autant que possible de voir si nous pouvons obtenir une collaboration efficace³. »

On le voit, le chemin est encore long pour transformer les dix principes de la Déclaration d'Oviedo en guide contraignant des politiques publiques en matière de drogue. Le premier pas sur ce long chemin est probablement de poursuivre la diffusion de la Déclaration et d'en accroître le nombre de signataires.

Le texte est d'ailleurs toujours soumis à signature : <https://www.oviedodeclaration.org/sign-here>.

3. [Notre traduction] L'intégralité du dialogue est disponible sur le blog de la présidence de la Commission des stupéfiants : <https://cndblog.org>.

Collectif

Déclaration d'Oviedo Dix propositions pour intégrer la

PRÉVENTION

dans les POLITIQUES en matière de drogues

Nous reproduisons ci-dessous l'intégralité de la Déclaration d'Oviedo dont une présentation est effectuée dans l'article précédent de ce numéro. Nous avons choisi de maintenir les approximations de traduction qui figurent dans la version actuelle du texte en langue française.

L'usage de drogues pose encore des défis manifestes aux populations dans le monde entier et a même augmenté de 23%¹ en une seule décennie. Au même temps [sic], la science a montré qu'une part significative des problèmes liés à la consommation de drogues peut être évitée. Le Rapport mondial sur les drogues 2023 de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) a souligné la nécessité de développer et de mettre en œuvre des initiatives internationales de prévention de l'usage des drogues à grande échelle.²

1. https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_Exsum_fin_SP.pdf

2. https://www.unodc.org/res/WDR-2023/Special_

Le 9 juin 2023, des experts nationaux et internationaux se sont réunis à Oviedo (Espagne), à l'occasion d'une consultation organisée par l'Association Proyecto Hombre³ en vue d'explorer des stratégies efficaces dans la prévention de la consommation de drogues en accord avec les normes scientifiques internationales. Ces stratégies ciblent les vulnérabilités liées aux conséquences sanitaires et sociales négatives, ainsi que les comportements addictifs. À la suite de cette consultation, la déclaration suivante a été adoptée pour

[Points_WDR2023_web_DP.pdf](https://www.unodc.org/res/WDR-2023/Special_Points_WDR2023_web_DP.pdf)

3. <https://proyectohombre.es/> <https://www.proyectohombrestaur.org/>

placer la prévention à l'avant-garde des politiques en matière de drogues.

En accord avec les déclarations mondiales et autres engagements politiques servant de feuille de route aux pays, à l'exemple du Document final de l'UNGASS de 2016⁴ et de la Déclaration ministérielle de 2019⁵ soulignant l'intérêt d'une prévention fondée sur des données probantes, avec une mention spéciale aux Normes internationales pour la Prévention de l'Usage des drogues de l'ONUDC et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ;⁶

Et soutenues par la récente résolution de la Commission des Stupéfiants des Nations Unies (65/4) intitulée « Promouvoir une prévention précoce intégrale et fondée sur des preuves scientifiques »⁷ ; Les organisations adhérant à la présente déclaration entendent renforcer et s'engager pleinement en faveur des objectifs de ces déclarations et engagements politiques tout en progressant de nouveau vers la réalisation des Objectifs de développement durable à travers les dix propositions suivantes:

1.

Demander aux pays de consacrer au moins 25% de leur stratégie et de leur budget de réduction de la demande des drogues à la prévention d'ici 2030

Compte tenu des preuves existantes d'une prévention efficace et rentable,

4. <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603301-E.pdf>

5. https://www.unodc.org/documents/hlr/19-06699_E_ebook.pdf

6. https://www.unodc.org/documents/prevention/UNODC-WHO_2018_prevention_standards_E.pdf

7. https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_66/ECN72023_CRP8_2303657E.pdf

nous demandons instamment aux pays de parvenir à un consensus national d'ici 2030, en s'engageant à allouer à la prévention au moins un quart du budget total des politiques de réduction de la demande de drogues et à maintenir cet engagement dans le temps. De plus, nous réaffirmons que les politiques visant à réduire la demande et l'offre de drogues doivent être proportionnelles et équilibrées et qu'elles doivent garantir la santé publique et la sécurité de tous ainsi que préserver les droits humains.

2.

Promouvoir une approche de prévention visant tous les âges de développement et favorisant une prévention plus précoce

La prévention doit débuter le plus tôt possible et prendre en considération tous les âges de la vie d'une personne incluant la grossesse, la période néonatale, ainsi que l'enfance et l'adolescence. Il est crucial d'identifier les domaines prioritaires d'intervention – soit la famille, l'école et la communauté dans son ensemble – et de poursuivre les actions de prévention à l'âge adulte. Une prévention efficace doit viser à renforcer les facteurs de protection et à autonomiser les personnes tout au long de leur vie, tant dans le plan personnel, qu'émotionnel et social.

3.

Encourager la recherche et l'évaluation pour éviter les stratégies de prévention inefficaces ou contre-productives

La prévention est une science et, à ce titre, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de prévention doivent intégrer des interventions fondées non seulement sur des données probantes mais aussi sur des mécanismes systématiques

de suivi et d'évaluation conformes aux normes internationales et en étroite collaboration avec le monde universitaire et les organisations de la société civile. Une telle approche est essentielle car elle permet d'éviter que les politiques en matière de drogues ne soient fondées sur des perceptions et des croyances erronées. De plus, promouvoir le transfert de la recherche revêt une grande importance pour garantir la mise en œuvre d'une prévention efficace dans différents contextes sociaux, économiques, politiques et culturels.

4.

Élargir la vision des réponses préventives pour déplacer l'approche centré[e] sur les drogues vers l'individu et sa communauté

Parce qu'elles mettent l'accent sur la personne plutôt que sur les drogues, les interventions préventives tiennent compte des vulnérabilités de la personne et de l'effet protecteur potentiel des structures sociales et du cadre législatif qui l'entourent. Une telle approche permet non seulement de prévenir l'usage des drogues illicites, mais aussi celui de toutes les drogues en général, incluant le tabac, l'alcool, le cannabis, les médicaments psychotropes sur ordonnance, ainsi que les nouveaux produits de synthèse dont la prévalence est élevée. Cette approche devrait également englober la prévention des dépendances non liées à des substances psychotropes, à l'exemple du jeu compulsif et des troubles associés aux jeux vidéo.

5.

Intégrer dans la prévention des approches intersectionnelles englobant toutes les populations à risque

L'impact de l'usage des drogues est

inéquitable et dépend en grande partie des déterminants sociaux de la santé, lesquels sont influencés par divers facteurs, incluant entre autres les identités liées au genre, l'origine ethnique, l'âge, l'orientation sexuelle et le lieu de résidence. Les stratégies de prévention doivent donc intégrer une approche holistique et intersectionnelle tenant compte des différentes vulnérabilités afin de permettre la mise en place de politiques plus équitables et plus justes. Au sein des services de prévention, il faut déployer tous les efforts possibles pour englober et donner priorité aux groupes les plus exclus et les plus stigmatisés, tels que les mineurs non accompagnés, les personnes sans abri, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les populations migrantes et déplacées, les populations autochtones et d'autres. Cela nécessite une réponse adaptée aux besoins spécifiques de chaque individu, dans chaque situation.

6.

Promouvoir des systèmes de prévention impliquant des acteurs multiples et permettant de documenter leur efficacité et leur rentabilité en vue d'une mise en œuvre au plan international

Les systèmes de prévention doivent mobiliser diverses mesures et des efforts coordonnés de plusieurs secteurs, gouvernementaux, non gouvernementaux et communautaires, afin de fournir des services à plus grande échelle, visant en particulier les enfants et les adolescents à différentes étapes de leur développement. Les pays devraient tirer parti des services de prévention disponibles aux niveaux national et local, et les aligner sur les normes scientifiques internationales. C'est pourquoi, il faut investir davantage dans la réplification des modèles de prévention

qui ont fait la preuve de leur efficacité et de leur rentabilité au niveau international.

7.

Assurer une couverture universelle à partir d'un continuum des soins

En accord avec l'approche de santé publique, les pays doivent mettre en place une prévention de l'usage de drogues qui soit abordable et accessible à toutes et à tous, aux plans mondial et local. Une telle approche de prévention doit aussi être interconnectée et s'inscrire dans un continuum des soins qui englobe la promotion de la santé, le dépistage et l'intervention précoces, la réduction des risques, le traitement des addictions, la réadaptation et l'intégration sociale.

8.

Donner priorité à l'action dans les pays à revenu faible et intermédiaire

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et dans les régions confrontées à des crises humanitaires, les infrastructures sanitaires et sociales de base peuvent faire défaut. Dans ces contextes, investir dans la prévention doit être une priorité. Nous encourageons la création de partenariats solides entre les gouvernements, les organisations internationales, la société civile et le secteur privé. De plus, nous promovons des échanges d'expériences de prévention fondés sur le concept « Ne pas nuire », lequel implique de contextualiser et d'adapter localement les interventions. Enfin, nous appelons à la mise en œuvre d'initiatives visant à responsabiliser les familles, les autres aidants, ainsi que les leaders communautaires et de la jeunesse.

9.

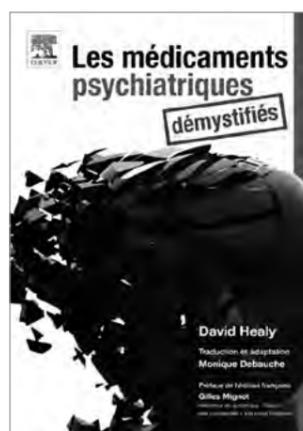
Former les générations présentes et futures des professionnels de la prévention

Compte tenu du rôle essentiel des professionnels dans la mise en œuvre d'une prévention efficace, nous exhortons la communauté éducative à intégrer la science de la prévention des comportements à risque dans le tronc commun obligatoire de l'enseignement des sciences de la santé, de l'éducation et des sciences sociales. Nous soulignons également la nécessité de mettre en place des processus de certification et de formation continue pour les professionnels de la prévention tout au long de leur carrière, tout en veillant à créer des conditions favorables pour éviter l'épuisement professionnel (burn-out).

10.

Surveiller l'état des politiques de prévention grâce à une supervision responsable

Nous encourageons les pays, la Commission des stupéfiants, l'ONUDC, l'OMS et les organisations associées à procéder, au sein de leurs juridictions, à une évaluation adéquate des politiques de prévention des dépendances aux drogues fondée sur la portée, la pertinence, la mise en œuvre, l'investissement associé et l'efficacité de ces dernières. Cette évaluation doit s'appuyer sur des systèmes permanents de surveillance, de collecte et d'analyse des données par le biais de rapports internationaux, régionaux, nationaux et locaux, ainsi que des évaluations ad hoc, en étroite collaboration avec la société civile.



Les médicaments psychiatriques démythifiés

David HEALY, Elsevier, 2009

Psychiatre et professeur d'histoire de la psychiatrie à l'université de Cardiff, David Healy a été un des premiers à sonner l'alerte contre la diffusion qu'il jugeait irresponsable des antidépresseurs au nom de campagnes de « santé mentale » menées par l'industrie pharmaceutique auprès des généralistes, des psychiatres, des patients et des instances internationales comme l'OMS. Cet ouvrage élargit la focale à l'ensemble des médicaments psychiatriques, en apportant une information sur chaque classe de médicaments, à la fois très complète et indépendante de celle fournie par les firmes pharmaceutiques. Il replace la psychopharmacologie dans sa dimension historique, fait le point sur la réalité des connaissances en matière de psychotropes, leurs effets réels et leurs risques potentiels dans la pratique clinique. Certaines alternatives aux traitements médicamenteux sont également abordées.

L'ouvrage a été traduit et adapté au lectorat francophone (notamment par une mise en concordance de la dénomination commune internationale des médicaments avec les noms de marques vendus en France, en Suisse, en Belgique et au Canada), par la psychiatre belge Monique Debauche.



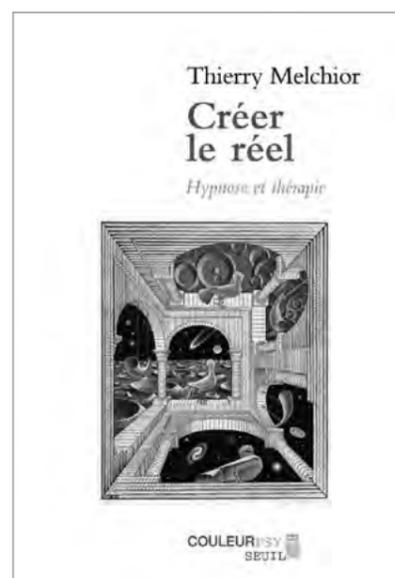
Youth perceptions of nonmedical use of psychoactive medications

Final Report

Frédérique BAWIN, Kevin EMLIT, Julie TIEBERGHIEN, Ellen VANDENBOGARDE, Mafalda PARDAL, Christine GUILLAIN, Tom DECORTE, Belgian Science Policy Office 2021

Cette étude menée par l'Université de Gand, la Haute école VIVES et l'Université Saint-Louis s'intéresse à l'usage non médical de médicaments psychoactifs délivrés sur ordonnance (sédatifs, somnifères, analgésiques ou stimulants) chez les jeunes adultes (18-29 ans) – et plus spécifiquement aux contextes et motifs de consommation ainsi qu'aux modes d'acquisition. Elle vient jeter de la lumière sur ce qui constituait jusque-là une grande inconnue et explore la zone grise entre drogues et médicaments, qui est d'autant plus importante en Belgique que le taux de prescription y est élevé. On notera que les jeunes adultes interrogés dans l'enquête le sont non seulement sur leurs pratiques et motivations à consommer, mais également sur leurs opinions relatives aux évolutions nécessaires en matière médicale et législative pour minimiser les risques liés à ce type de consommation.

Le rapport final est en anglais mais un résumé en a été publié en français.



Créer le réel

Hypnose et thérapie

Thierry MELCHIOR, Seuil, 2019

Thierry Melchior retrace, dans le seul livre qu'il ait publié, l'historique de l'hypnose et des controverses qu'elle a suscitées depuis le magnétisme animal de Mesmer, et souligne en particulier les apports novateurs de Milton Erickson. Sa compréhension de cet état particulier que constitue l'hypnose s'ancre dans une étude plus large des phénomènes de communication. Cette analyse communicationnelle permet de dégager une série de principes propres à aider le praticien à s'orienter dans l'exercice de l'hypnothérapie, en partant du postulat que la thérapie consiste à redonner à l'imagination « le pouvoir de modifier cet imaginaire rigidifié, réifié que nous tenons pour réel ». Au-delà d'un guide pour le praticien, le livre se veut aussi une réflexion à propos de l'histoire et de la construction de la psychologie comme science, à destination d'un public « profane ».

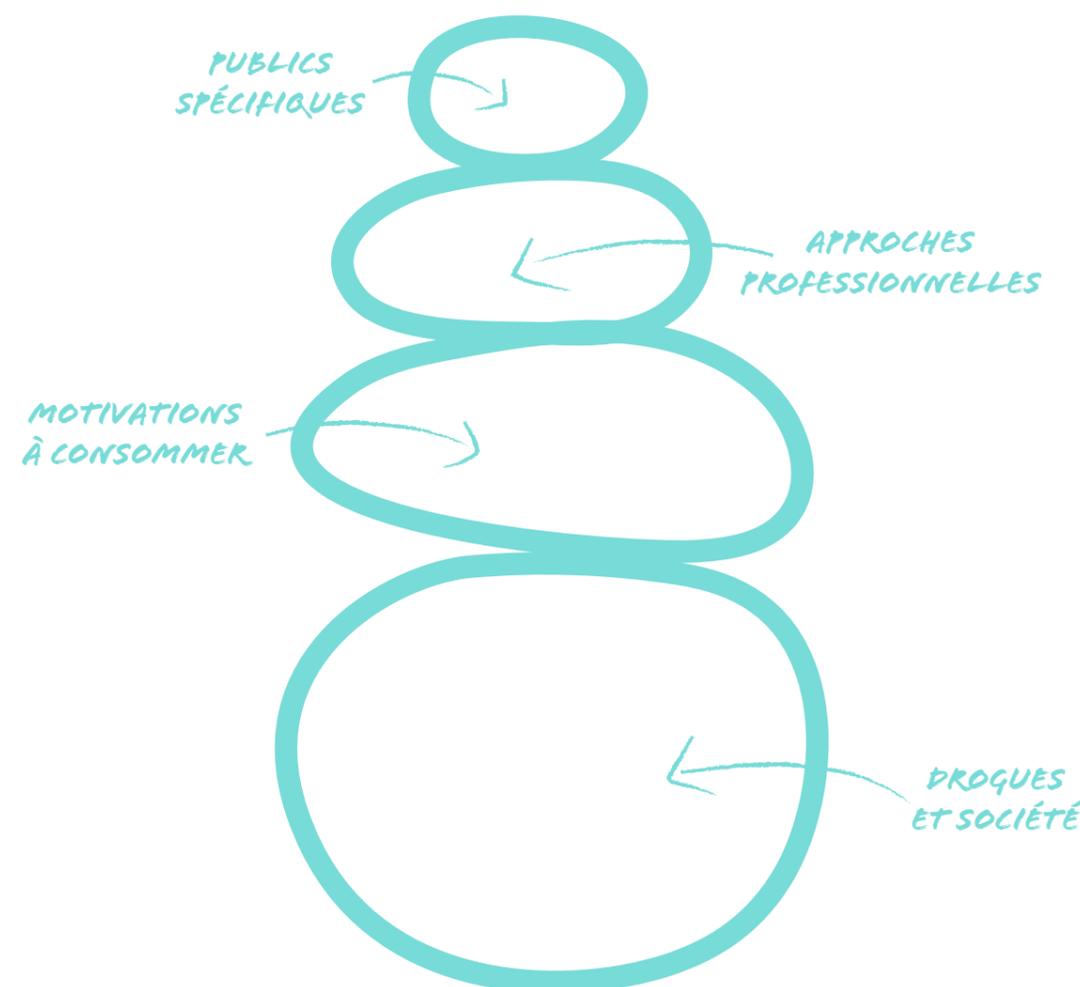
L'ouvrage s'appuie sur la double formation - psychologue et philosophe - de son auteur, aujourd'hui disparu, ainsi que de ses pratiques de consultation au service de Santé mentale à l'ULB (Bruxelles) et d'enseignement à l'université Paris 8.

**DROGUES
SANTÉ
PRÉVENTION**

ENVIE DE VOUS ABONNER À LA REVUE ?

L'ABONNEMENT, EN LIGNE OU PAPIER, EST GRATUIT.

**CEPENDANT, VOUS POUVEZ SOUTENIR
NOTRE TRAVAIL EN SOUSCRIVANT
À UN ABONNEMENT DE SOUTIEN (24 €/AN).**



**INTÉRESSÉ PAR UNE QUESTION EN PARTICULIER ?
UTILISEZ LA BASE DE DONNÉES EN LIGNE
DE PROSPECTIVE JEUNESSE !
WWW.PROSPECTIVE-JEUNESSE.BE**





DROGUES SANTÉ PRÉVENTION

Avec le soutien de la Fondation Denise et Christian de Boeck et de

