

# La prescription des antidépresseurs et des tranquillisants : évolution des idées, modification des pratiques

Les lecteurs du *Monde* savent que, outre les autres agréments que procure la lecture de ce quotidien, il y a souvent en dernière page une rubrique qui sélectionne une des informations parues dans le journal cinquante ans auparavant. Il y a donc quelques semaines, on pouvait trouver dans cette rubrique intitulée « Il y a 50 ans dans *Le Monde* » le compte-rendu du « Congrès de l'Union thérapeutique internationale » qui s'était tenu en octobre 1958. Ce congrès s'était plus particulièrement attaché à discuter du « traitement chimique des maladies mentales » et de « ce champ nouveau d'activité que représente pour l'homme l'exploration chimique de l'esprit ». Un certain professeur Cixon des Etats-Unis est cité : « Nous sommes entrés dans une ère nouvelle. Celle de la possibilité de modifier la personnalité humaine par la réalisation de variations chimiques ; l'Amérique est entrée dans cette ère nouvelle plus rapidement que tout autre pays ». Et plus loin : « Les tranquillisants ne sont indiqués que dans des cas d'anxiété aiguë, et n'ont pas la valeur d'un traitement de fond. Leur usage prolongé est susceptible de réduire les facultés mentales et de donner à l'homme une insouciance dangereuse qui ne peut qu'accroître son déséquilibre. Toute thérapeutique de l'anxiété suppose l'intelligence et la volonté et non l'euphorie provoquée ».

Nous y voilà donc, cinquante ans plus tard. Enfin, presque ; parce que les prévisions de ce Pr. Cixon étaient finalement moins pessimistes que la réalité qui nous attendait. Certes, la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs atteint dans le monde occidental et plus particulièrement en France des quantités tout à fait inimaginables pour les psychiatres d'il y a cinquante ans ; mais nous avons peu gagné, semble-t-il, en euphorie et insouciance, dangereuse ou pas. Et des milliers de pages ont déjà été écrites sur ce phénomène de masse, mettant en cause : les modes de vie occidentaux ; les modes de « consommation » de la santé ; l'omniprésence de l'industrie pharmaceutique ; l'appauvrissement de la pratique psychiatrique, souvent ramenée à la seule prescription médicamenteuse ; une prescription qui se fait en très grande partie par des médecins généralistes. Les pouvoirs publics s'en inquiètent. Ainsi, l'Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé (OPEPS) a publié en 2006 un « Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes », qui relève un certain nombre d'éléments tout à fait saisissants. Un français sur trois prend des psychotropes au cours de sa vie, et un sur quatre au cours des douze derniers mois ; en termes de nombre d'unités prescrites, les psychotropes se situent au deuxième rang derrière les antalgiques ; le nombre de sujets traités par antidépresseurs est passé de 2, 8% de l'échantillon en 1994 à 5% en 2003 ; la prescription de psychotropes émane à 80% de médecins généralistes ; l'augmentation de la consommation est fortement en rapport avec la chronicité de la prise de psychotropes.

Il n'appartient sans doute pas au psychiatre et au psychopathologue de disserter sur des questions relatives aux évolutions des idéologies et des pratiques des sociétés occidentales au cours de ces dernières décennies ; questions qu'ils connaissent mal, et qui sont du ressort du sociologue ou de l'économiste de la santé. En revanche, il peut observer des changements dans ses théories et ses pratiques sur une période de vingt ou trente ans, et constater que ces changements sont induits par l'évolution des idées en matière de diagnostic et de traitement dans sa discipline. Il peut alors se demander quelle part de ces changements revient à une évolution (voire à un progrès) des connaissances dans le domaine qui est le sien, et quelle part semble plutôt traduire l'influence des évolutions sociétales sur la construction du savoir et la conception des interventions thérapeutiques

de sa discipline. Dans ce dernier cas, et à la condition d'accepter en préalable l'idée qu'une évolution scientifique ne se fait pas seulement selon sa propre dynamique intrinsèque, mais reflète aussi des influences sociétales dont elle peut n'en avoir aucune conscience, quelques points semblent plus intéressants que d'autres, et concernent plus directement l'usage des antidépresseurs et des tranquillisants.

## Maladie et santé

Lorsque il y a cinquante ans la psychiatrie n'était encore qu'une demi-discipline médicale pudiquement cachée derrière la neurologie, et le psychiatre un spécialiste envisagé avec défiance par ses collègues et appréhension par le public, la sectorisation psychiatrique, cette extraordinaire avancée en matière de politique de santé, commençait son aventure en affichant comme objectif, non seulement le traitement des maladies psychiatriques, mais plus radicalement la santé mentale. Nombre de centres médico-psychologiques, d'associations, de colloques ou de revues se sont réclamés de cette téméraire appellation. Bien sûr, il y a eu quelques trouble-fête qui n'ont pas manqué d'observer que le médecin connaît certes bien la maladie, mais beaucoup moins bien la santé, et que cette nuance est encore plus vraie en matière de psychiatrie. Cependant la « santé mentale » n'en a pas moins conquis les esprits et les pratiques. Il ne s'agissait pas seulement de soigner les malades les plus réfractaires aux soins, les patients psychotiques, problème majeur de politique de santé, mais aussi de viser plus large et plus haut, si l'on peut dire, d'inscrire l'action d'une équipe psychiatrique (appelée d'ailleurs souvent « équipe de santé mentale ») dans la prévention des troubles mentaux, dans l'accueil de la souffrance psychologique, dans l'accompagnement des aléas douloureux de la vie. Un progressif glissement de la terminologie est d'ailleurs venu sanctionner cette ambition : les « troubles mentaux des aliénés » se sont partiellement convertis en « troubles psychiatriques », qui se sont partiellement convertis en « troubles psychiques », qui se sont partiellement convertis en « troubles psychologiques », le terme de « souffrance » étant la dernière en date de ces évolutions sémantiques. Il ne s'agissait pas seulement de faire face à la maladie mentale, mais de promouvoir la santé du même nom.

Nous ne connaissons pas davantage ce qu'est la « santé mentale » maintenant qu'il y a cinquante ans. *L'Organisation Mondiale de la Santé* en revanche semble, elle, savoir ce qu'est la santé. « La santé », dit le préambule à sa constitution, en 1946, « est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Freud – dont le pessimisme est bien connu – se contentait d'une définition de la guérison comme d'une capacité retrouvée à « aimer et travailler », en se gardant bien de se prononcer sur le « bien-être complet » que pourrait procurer ledit travail, et ledit amour.

Il se trouve que, il y a encore vingt ou trente ans, notre pratique courante était plus proche du bon sens freudien (ou tout simplement médical) que de la définition de l'OMS, et les jeunes psychiatres étaient formés à faire la distinction entre « tristesse normale » et « tristesse pathologique », « anxiété ordinaire » et « angoisse pathologique », les premières liées aux aléas de la vie, les secondes inscrites dans des entités cliniques bien définies et seules méritant le nom de « maladie ». Mais comment faisait-on cette distinction ? De façon bien incertaine, à vrai dire. La clinique peinait à trouver les critères adéquats pour argumenter ce qu'avancait la théorie, ou plus simplement la conviction de bon sens. Critère quantitatif ? Pas vraiment, on ne pouvait pas réellement dire que c'est le « seuil » d'intensité de la tristesse ou de l'anxiété qui déterminait sa qualité « morbide ». Critère qualitatif ? Bien difficile de repérer des traits cliniques spécifiques du caractère pathologique ou pas d'une tristesse, en dehors des « symptômes somatiques », c'est-à-dire du cas de la mélancolie, connu depuis l'Antiquité. Critère de durée ? Sans doute, mais il s'agissait alors d'une décision d'empirisme médical : un trouble, s'il dure, il faut bien le traiter, car les autres troubles,

ceux de la vie, sont par nature passagers (bien que les passages soient parfois longs)... Critère de nuisance comportementale et environnementale ? « Lorsque je ne dors pas bien, je suis énervé, je me dispute avec tout le monde, ma femme ne me supporte plus ». Il fallait bien se résoudre à prescrire ce somnifère que nul argument clinique ne pouvait vraiment étayer, si ce n'est la paix des ménages.

N'ayant pas réellement d'outils conceptuels solides pour étayer la différence entre le « normal » et le « pathologique », que lui suggérait pourtant l'empirisme du quotidien de sa pratique, et sans doute face à un public qui réclame de plus en plus une santé conforme à la définition de l'OMS, le praticien d'aujourd'hui a peu d'arguments pour freiner la prescription croissante d'antidépresseurs et de tranquillisants. Peut-être, les « effets secondaires au long cours »... Mais y croit-il vraiment ? Il est bien placé pour constater que des milliers de personnes prennent quotidiennement leur anxiolytique, leur somnifère ou leur antidépresseur, pendant de nombreuses années, sans vraiment sombrer dans, par exemple, les troubles mnésiques envahissants que leur prédisent des notices d'emploi de plus en plus incantatoires. Peut-être, le « risque de dépendance ». Cet argument est certainement bien plus audible : l'époque valorise tellement l'autonomie, qu'elle la confond à l'indépendance. Mais, là encore, la portée est limitée : tout le monde a pu constater, autour de lui, qu'il y a des gens qui prennent quotidiennement leur tranquillisant, sans entrer dans une forme de toxicomanie. Une chose est certaine, en tout cas. Le praticien d'aujourd'hui peut plus difficilement utiliser l'argument, selon lequel la souffrance fait partie de la vie, et qu'il n'est pas forcément souhaitable de l'éliminer à tout prix, car le conflit dont elle est le témoin est aussi porteur d'une dynamique de changements potentiellement intéressants du point de vue de la « santé mentale ». Un tel argument est en train de devenir irrecevable devant l'exigence de « santé », et donc de « bien-être complet ». Victoire inattendue et encombrante de l'idéologie de la « santé mentale », revue et corrigée par une médecine-droit au bonheur, couplée d'une conquête de libre-arbitre de citoyen : celle d'être seul juge de ce qui est bon ou pas pour soi.

Et pourtant, c'était bien celle-là, la bonne réponse à la question de la distinction entre « tristesse normale » et « tristesse pathologique », « anxiété ordinaire » et « angoisse pathologique ». Car des critères, il n'y en avait pas, ou alors en forçant beaucoup le trait ; et donc il n'est pas étonnant que leur discours scientifique n'ait pu résister à l'épreuve du temps. Une autre réponse aurait nécessité de sortir de la clinique, de sortir des critères, de jeter un regard surplombant le bruit des symptômes et la fureur des souffrances, pour pouvoir distinguer ce qui, en elles, comportait toujours le potentiel d'un conflit prometteur d'évolution, de ce qui, à symptomatologie en apparence égale, n'était que souffrance répétitive et en définitive inutile ; et donc, traiter en conséquence. Mais si le praticien d'aujourd'hui peut plus difficilement utiliser cet argument, et ce regard, ce n'est pas seulement parce que cette façon de penser est devenue de moins en moins médicale au fil du temps, c'est aussi peut-être parce que lui-même, en tant qu'individu, y croit de moins en moins. Il est, lui aussi, enfant de son époque, la « souffrance psychique » est désormais beaucoup plus généralement « souffrance » que spécifiquement « psychique », comme la maladie mentale est maladie avant d'être mentale. Ce qui nous conduit à un deuxième point caractérisant les changements d'attitudes scientifiques en rapport avec les modes d'utilisation des psychotropes dans les sociétés d'aujourd'hui.

## **Maladie mentale et maladie**

Une anecdote pour introduire la discussion de ce deuxième point. Il y a plusieurs années, lors d'un cours au groupe d'externes d'un service psychiatrique de CHU parisien sur la conception psychanalytique de l'angoisse, l'orateur s'est trouvé confronté à une question fort embarrassante. « Ce que vous dites sur l'anxiété », lui dit une jeune étudiante en médecine, « rappelle ce que les médecins disaient il y a quelques années sur la douleur : qu'elle peut être utile à l'organisme, qu'elle

est la marque d'une vitalité qui reste éveillée... Mais cela nous a valu deux ou trois décennies de retard sur la prise en charge de la douleur en France, et des milliers de patients qui ont souffert inutilement. Ne pensez-vous pas que, dans quelques années, on dira la même chose de l'anxiété, et on trouvera normal, et même éthique, de ne pas laisser les gens en souffrir, si des médicaments simples d'usage et relativement inoffensifs peuvent la contrôler ? ».

En effet. A quoi bon souffrir d'anxiété, si elle représente un équivalent de la douleur ? Et qu'importe de savoir si la tristesse pour la perte d'une personne proche est « normale » ou « pathologique », du moment qu'on en souffre ? Or, le passage d'une asymétrie à une équivalence entre anxiété et douleur (et entre tristesse et tout autre symptôme somatique) n'est pas le résultat d'une évolution des idées sur l'anxiété ou la tristesse, mais d'un changement de la psychiatrie elle-même. Ce changement représente une véritable révolution : après deux siècles de marche solitaire et relativement isolée, la psychiatrie a fini par devenir une discipline médicale « comme les autres ». C'est donc tout naturellement qu'elle se voit appliquer des « façons de pensée » et des « façons de faire » typiques de la pratique médicale. On pourrait même supposer que le fait que le médecin généraliste soit actuellement le principal prescripteur de psychotropes, alors qu'auparavant il refusait souvent de manier cette classe de médicaments, est une conséquence parmi d'autres de cette même évolution.

Qu'est-ce que la psychiatrie a gagné, et qu'a-t-elle perdu, dans cette intégration et reconnaissance enfin obtenue au sein de la médecine ? Observons d'abord qu'elle l'a longtemps revendiquée. La psychiatrie comme branche à part entière des spécialités médicales n'est pas le résultat d'un dictat imposé par les pouvoirs publics ou ceux de la faculté, mais une évolution plutôt souhaitée par les professionnels, qui a abouti dans les années 1980 à la suppression de l'internat de psychiatrie et à l'intégration des futurs psychiatres dans l'internat de médecine. De la même façon, la réforme des études infirmières avec la suppression du diplôme spécifique de psychiatrie presque dix ans plus tard a été une revendication forte de cette profession. Et pour cause : pendant très longtemps, médecins et infirmiers de la psychiatrie étaient les parents pauvres de l'exercice hospitalier de tout point de vue, et jusqu'au niveau des rémunérations. Dès le 19<sup>ème</sup> siècle, le médecin qui devenait aliéniste choisissait une carrière nettement moins valorisante que celle de son collègue interniste. On se souvient d'ailleurs que, lorsqu'il a fallu en 1877 créer une chaire de *Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale* à la Faculté de Paris, plusieurs universitaires se sont battus pour que celle-ci ne revienne pas à un aliéniste mais à un interniste : c'est ainsi que Benjamin Ball, peu familier des maladies mentales mais issu des hôpitaux généraux et de la Salpêtrière, a été préféré à Valentin Magnan, grande figure de la psychiatrie française de l'époque. Il était donc important que la psychiatrie soit reconnue comme une véritable spécialité médicale, après sa séparation d'avec la neurologie à la fin des années 1960, que ses malades sortent de l'isolement de la maladie honteuse, que sa place et son utilité soient reconnues dans la thérapeutique médicale.

Parallèlement, cette médicalisation de la psychiatrie a eu comme conséquence évidente une certaine perte de sa spécificité, c'est-à-dire de sa nécessaire conjugaison d'une science biomédicale et d'une sensibilité issue des sciences humaines, qu'il s'agisse de la psychologie, de la psychanalyse, de la sociologie ou de l'anthropologie. Cette perte de sensibilité est à comprendre au sens le plus large du terme. Par exemple, il est plus difficile aujourd'hui de placer dans son contexte passionnel et éphémère la dépression bruyante et les menaces de suicide du couple qui se sépare ; de reconnaître la part de théâtralité dans le mal-être spectaculaire du jeune adulte angoissé et déprimé ; de voir dans le passage à l'acte violent une décharge qui n'interrompt pas le dialogue, mais au contraire lui permet de s'instaurer, grâce précisément à sa qualité de « décharge ». Et même, pour élargir le propos : d'accueillir en tant que banalité expressive la brutalité de la parole et du comportement du patient SDF ; de tenir compte de l'importance du « ne pas perdre la face » du patient issu de cultures où cette notion occupe une place prédominante ; de ne pas prendre pour méfiance

pathologique une réserve culturellement déterminée, dictée par un sens aigu de la différence entre privé et public, chez un patient qui n'a pas derrière lui, comme le patient occidental, plusieurs siècles de pratique et de culture de la confession.

Par conséquent il y a, à travers cette médicalisation de la psychiatrie, une réduction des capacités d'identification, conséquence d'une relation médecin-malade qui ne se conçoit plus principalement comme une rencontre. Le psychiatre médecin est moins bien préparé pour parvenir à saisir la logique des pensées, des paroles et des actes du patient, c'est-à-dire pour se représenter les enchaînements qui conduisent aux manifestations les plus visibles, à savoir aux symptômes. Il est donc plus difficile pour lui de s'introduire dans ces enchaînements, au sens de l'engagement d'un dialogue avec eux : autrement dit, d'introduire une dimension « psychologique » ou « psychothérapique » dans la rencontre avec le patient, si l'on admet comme « psychologique » la dimension qui permet, au médecin comme au patient, d'établir des causalités psychiques dans les manifestations psychopathologiques. Il est à souligner que ces causalités psychiques s'établissent sans concurrence avec les autres hypothèses, notamment « biologiques », des troubles, que le médecin peut par ailleurs garder à l'esprit. En effet, établir des causalités psychiques n'est pas synonyme de « psychogénèse » par opposition à l'« organogénèse » (ce vieux débat devrait être considéré comme obsolète), mais consiste à tenir compte du besoin inhérent à l'esprit humain de donner un sens à ce qui lui arrive, et de considérer ses faits et gestes comme expression de ce sens. S'introduire dans les enchaînements qui conduisent aux symptômes signifie pour le psychiatre un effort d'apprentissage de plusieurs langues étrangères ou, pour être plus précis, semi étrangères : il y a à la fois découverte et reconnaissance dans ce dialogue, découverte de ce qui est propre à l'autre, reconnaissance de ce qui, malgré les différences expressives, nous savons déjà par l'observation aussi bien des patients précédents que de nous-mêmes. C'est en cela que la médicalisation de la psychiatrie entraîne avec elle un certain effacement de ce souci pour la langue de l'autre au profit de la langue universelle de la sémiologie et de la nosographie. Le psychiatre d'aujourd'hui examine, et donc il diagnostique ; il diagnostique, et donc il prescrit. Cette évolution, qui est donc issue de cette équivalence entre « maladie mentale » et « maladie », ne serait pas encore trop grave si elle ne rencontrait les évolutions que nous avons décrites au paragraphe précédent : l'extension du champ d'action de la psychiatrie à la « santé mentale ». En effet, et contre une certaine idéalisation du passé, il serait erroné d'imaginer la psychiatrie d'avant la médicalisation - et surtout la psychiatrie des aliénistes - comme exclusivement soucieuse de la langue de la maladie, malgré de lumineuses exceptions d'humanisme. De ce point de vue, et étant donné la situation dans laquelle ont vécu des générations de patients psychotiques dans les hôpitaux psychiatriques, la médicalisation aurait pu être davantage un gain qu'une perte. C'est surtout la conjonction des deux évolutions, de la médicalisation de l'exercice psychiatrique d'un côté, de l'augmentation du nombre de « souffrances » qui s'adressent à elle de l'autre, qui produit ce phénomène de prescription massive de psychotropes. D'autant plus que les systèmes classificatoires contemporains, s'adaptant à l'évolution de la « demande », ont considérablement augmenté l'« offre » diagnostique, couvrant une palette de plus en plus large de manifestations de la vie psychique humaine. En deux mots, la psychiatrie a perdu l'intérêt pour le langage particulier de l'autre (au profit du langage médical universel) au moment même où elle en aurait le plus besoin. Mais ces évolutions ne se font pas uniquement en termes de « plus » et de « moins » : diminution de la gamme des attitudes et démarches thérapeutiques du psychiatre, augmentation des pathologies, avec ou sans guillemets, qui s'adressent à lui. Il faut encore que le regard clinique soit modifié pour s'adapter au nouvel univers scientifique et sociologique de l'exercice psychiatrique, dans lequel la conception d'un même trouble change de façon qualitative. C'est ce troisième et dernier point que nous allons examiner dans cette discussion de l'évolution des idées et des pratiques dans la prescription des antidépresseurs et des tranquillisants.

## Dépressivité et dépression résistante

Les idées et attitudes face aux troubles dépressifs constituent un bon exemple de ce changement du regard clinique produit par les évolutions contemporaines. Il y a des gens tristes, et d'autres peu doués pour le bonheur. Nous ne savons pas trop pourquoi, et donc, puisque nous ne le savons pas, nous n'avons pas de raison d'écarter l'hypothèse que quelque chose, quelque part dans leur cerveau fait peu, fait trop, ou fait mal ce qu'il a à faire. En revanche, pour les avoir écoutés et soignés pendant de nombreuses décennies, nous savons plusieurs choses sur les causalités psychiques de leur mal. Il y en a qui rapportent un univers familial et infantile habité par la conviction que le bonheur n'était tout simplement pas pour eux, en tant qu'individus ou en tant que groupe, et qu'ils ont admis ce fait avec la force de l'évidence qui caractérise ce que nous admettons lorsqu'on est enfant ; ce qui les conduit à une attitude, une posture, une façon d'être dans la vie qui exclut « naturellement » le bonheur. Il y en a qui ont toujours conçu une peur terrible du bien-être, qui s'en méfient de façon quasi superstitieuse, et chez lesquels la réalisation de leurs désirs s'accompagne davantage d'angoisse que de satisfaction, tant et si bien qu'ils font le nécessaire pour les saborder, ce qui ne les empêche pas d'être tristes et désabusés lorsqu'ils y parviennent. Il y en a qui n'ont jamais appris à être heureux, et qui tendent à remplacer le sentiment de satisfaction par celui de la souffrance, au point que c'est la souffrance elle-même qui procure la satisfaction, cette disposition que l'on appelle masochique prenant parfois, dans certains cas, l'allure d'une conception héroïque de l'existence. Il y en a qui attribuent à l'objet de leur désir un pouvoir illimité, et qui de ce fait, soit en sont toujours déçus, soit le lassent par l'ampleur de leurs demandes et se font abandonner, soit enfin l'attaquent et finissent par le détruire, et donc par le perdre, parce qu'ils ne supportent pas la dépendance qu'ils ont eux-mêmes mis en place à son égard. Et il y en a d'autres dont tous les désirs, et toutes les satisfactions, étaient liés à un seul objet, une seule personne, une seule situation, tant et si bien que sa perte, provoquée ou accidentelle, volontaire ou involontaire, les plonge dans un état de deuil indéfiniment conservé.

Bref, il y a plusieurs façons d'être déprimé de façon durable, et les chemins par lesquels cette dépression semble se constituer divergent selon les patients, les conceptions théoriques, les modes d'approche. Mais il y a un élément sur lequel la clinique a été longtemps unanime : les patients de ces catégories ne présentent pas d'épisode dépressif. En effet, le terme d' « épisode », lointain descendant en médecine de la conception hippocratique de la crise, connote un moment qui tranche avec le régime de vie habituel du sujet : il y a changement, plus ou moins brutal ou progressif, mais en tout cas changement, rupture par rapport à l'état habituel de la personne déprimée. L'action médicale vise donc, idéalement, à faire revenir le patient à l'état antérieur au changement, même si on sait que ce *restitutio ad integrum* est le plus souvent illusoire, non pas parce que « on ne s'en remet jamais », mais aussi et surtout parce que les épreuves dans la vie nous changent à jamais.

Tel n'est pas le cas des patients que nous venons de décrire. Pour eux, la dépression n'est pas un épisode, mais un mode de vie et de rapport avec soi-même et avec les objets de leurs désirs. On ne sait pas comment ils étaient « avant », et pour certains, on ne sait même pas si cet « avant » a un quelconque sens pour eux. Pour ces patients, la clinique utilisait parfois le terme de dépression chronique. Ce terme est conforme à la tradition médicale la plus classique : il y a des maladies aiguës et des maladies chroniques, ces dernières sont par définition incurables, le temps et les soins peuvent éventuellement les modifier, mais elles peuvent aussi se stabiliser indépendamment de toute influence intelligible, ou encore s'aggraver progressivement sans que rien ne puisse influencer favorablement sur leur cours.

Sous l'influence de la psychanalyse, et pas seulement, la clinique psychiatrique des entités nosographiques s'est enrichie, depuis plus d'un siècle, d'un deuxième groupe de descriptions. Celui-ci ne concernait pas des « maladies », mais des « caractères » ou des « personnalités », considérés

comme pathologiques. Il ne s'agissait plus de décrire des changements, temporaires ou durables, qui venaient interrompre le cours d'une existence, mais de repérer ce qui, dans celle-ci, faisait figure de trait stable, de modalité prépondérante de fonctionnement. Il s'agissait en somme de décrire comment on souffre, non pas lorsqu'on n'est plus ce qu'on était, mais lorsqu'on est tel qu'on est. Les situations cliniques décrites plus haut, les dépressions chroniques, ont trouvé dans ce domaine des « maladies - personnalité » un terrain d'insertion naturelle : si elles correspondent à des situations qui semblent s'enraciner de façon durable dans l'existence même des sujets, n'est-il pas intéressant de les rapporter à des styles de personnalité, à des façons d'être face à soi-même, et face aux autres ? C'est ainsi que ces « dépressions chroniques » ont trouvé place dans différentes descriptions de « troubles de la personnalité » : anaclitique, masochique, état-limite..., et le concept de dépressivité a été proposé pour rendre compte justement de cette différence entre la dépression-maladie, épisode morbide, et la dépression-mode d'être, disposition psychique qui prédispose ou tend vers les affects dépressifs, même si ces derniers ne sont pas constamment au premier plan.

C'est à la lumière de cette histoire de l'évolution des idées que l'on peut comprendre le concept actuel de « dépression résistante ». Les cliniciens savent que nous parlons, plus ou moins, des mêmes patients. Qu'est-ce qui a alors changé dans le regard clinique, quel aspect de leur approche vient souligner et mettre en valeur la nouvelle appellation ? La réponse est assez évidente : une dépression est considérée comme « résistante » à partir du moment où un certain nombre de traitements antidépresseurs, administrés selon des protocoles plus ou moins codifiés, échoue à améliorer l'humeur du sujet.

Il n'est pas difficile de repérer ici le nombre de modifications que ce changement qualitatif vient apporter dans notre façon de considérer les troubles dépressifs. D'abord, nous sortons d'une logique de « trouble chronique », ce qui n'est pas dépourvu d'un message d'espoir - encore faut-il que cet espoir typiquement médical ne s'avère pas une nouvelle illusion. Ensuite, il s'agit de mettre au deuxième plan ce qui, dans l'organisation psychique de ces patients, semble « produire » de la dépression, en tant que corrélat inévitable de leurs modes de fonctionnement psychique et de relation aux autres. Ici encore, la psychiatrie médicalisée prend le dessus sur la « psychologie » ; mais elle prend aussi le risque d'une forme d'acharnement thérapeutique. En effet, des antidépresseurs, il y en a beaucoup ; des régulateurs de l'humeur, quelques-uns. Combien faut-il en essayer ? Et faut-il passer aux neuroleptiques (auxquels on découvre, pour l'occasion, des vertus thymorégulatrices), lorsque la résistance s'avère supérieure à l'impact de l'arsenal thérapeutique ? Enfin, transformer la dépressivité en « dépression résistante », c'est accepter d'assumer le moment éventuel où l'on doit arrêter d'essayer des molécules les unes après les autres, devant le constat de leur échec. Ceci signifie que l'on accepte d'assumer ce qui doit être dit à ce moment. Or, l'art thérapeutique en psychiatrie réside peut-être précisément dans la capacité à ne jamais prononcer de « condamnation » au sens médical du terme : la psychiatrie ne dispose pas de soins palliatifs, et nos malades ne meurent pas de leur maladie, sauf par suicide.

Voilà donc un certain nombre de changements de regard clinique. Ils peuvent apparaître comme de simples glissements terminologiques, de la dépression chronique à la dépressivité, et de la dépressivité à la dépression résistante. En fait, ils condensent toute une évolution des idées qui a son poids dans la prescription de psychotropes, et qui se nourrit d'un véritable changement de paradigme. La souffrance psychique, disent-ils, représente une anomalie ; la tâche de la médecine est de l'enrayer - médecins comme public aspirent au même objectif. Évidemment le mal résiste, c'est même dans sa nature que de résister. Quelle idée se fait-on de cette résistance ? Comment la combat-on ? Et qu'en conclut-on ? Des questions qui ne manquent pas de se poser, aussi bien d'ailleurs au niveau des médecins qu'au niveau du public demandeur, et il n'est pas certain que la psychiatrie médicalisée soit la mieux placée pour trouver les réponses à la fois les plus solides au plan scientifique et les plus conformes à l'éthique de la profession pour y répondre.

## Conclusion

La prescription des antidépresseurs et des tranquillisants a connu, ces trente dernières années, d'importantes évolutions. Il s'agit d'évolutions des idées sur leur utilisation et leur utilité, qui entraînent des modifications importantes des pratiques, et qui sont en rapport avec des facteurs souvent extra-psychiatriques et même extra-médicaux : une certaine idée de la « santé mentale », conduisant à une exigence de « bien-être » plus ou moins médicalement assistée ; une croyance parfois quelque peu naïve à l'équivalence entre la maladie selon le modèle biomédical et la maladie mentale, qui a comme conséquence la sous-estimation des déterminants et des traitements non biologiques des pathologies que nous avons à traiter ; et enfin, des changements du regard clinique, qui reflètent et viennent concrétiser ces évolutions largement sociétales, que la psychiatrie entérine plus qu'elle n'invente.

Mais il est possible que la période que nous traversons soit transitoire : elle traduit un moment de l'évolution des sociétés occidentales, et notamment des idées que l'homme occidental se fait de lui-même, de ses rapports avec les autres, et des joies et souffrances que ces rapports entraînent chez lui. Entre nouvelles conquêtes et nouveaux désenchantements, de nouveaux regards, et donc de nouveaux modèles, ne manqueront d'apparaître.