

La dépression et les antidépresseurs entre le corps et la norme Mort du sujet ?

Marcel Otero, Ph.D.

Volume 16, Number 1, Fall 2003

Remède ou poison ?

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1073758ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1073758ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (print)

1916-0976 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Otero, M. (2003). La dépression et les antidépresseurs entre le corps et la norme : mort du sujet ? *Frontières*, 16(1), 29–36.
<https://doi.org/10.7202/1073758ar>

Article abstract

In the 1950's depression was a relatively marginal pathology and the pharmaceutical companies were reticent to invest in the development of antidepressants. Three decades or so later, depression has been redefined as a "social epidemic" and antidepressants have become the treatment of choice. To better understand this reversal, it is necessary to place the profound transformations in social norms acted out in liberal societies in parallel with the spectacular developments in the field of biological psychiatry. By highlighting the imbrication of these two dimensions, the new regulation of "mental health" is indissoluble from the regulation of contemporary individuality.

LA DÉPRESSION ET LES ANTIDÉPRESSEURS ENTRE LE CORPS ET LA NORME Mort du sujet ?

Résumé

Dans les années 1950, la dépression était une pathologie relativement marginale et les compagnies pharmaceutiques se montraient réticentes à investir dans le développement des antidépresseurs. Trois décennies plus tard environ, la dépression est redéfinie comme une véritable épidémie sociale et les antidépresseurs sont devenus le traitement de choix pour la soigner. Pour contribuer à comprendre ce renversement, il faut mettre en parallèle les profondes transformations de la normativité sociale dont les sociétés libérales ont été le théâtre et les développements spectaculaires du champ de la psychiatrie biologique. La mise en lumière de l'imbrication de ces deux dimensions montre que les nouvelles règles de la santé mentale sont indissociables des règles de l'individualité contemporaine.

Mots clés : *dépression – antidépresseurs – individualité – normativité – psychotropes – psychologisation.*

Abstract

In the 1950's depression was a relatively marginal pathology and the pharmaceutical companies were reticent to invest in the development of antidepressants. Three decades or so later, depression has been redefined as a "social epidemic" and antidepressants have become the treatment of choice. To better understand this reversal, it is necessary to place the profound transformations in social norms acted out in liberal societies in parallel with the spectacular developments in the field of biological psychiatry. By highlighting the imbrication of these two dimensions, the new regulation of "mental health" is indissoluble from the regulation of contemporary individuality.

Key words: *depression – antidepressants – individuality – social norm – psychotropic drugs.*

LA DÉCOUVERTE DES PSYCHOTROPES EST UNE AVANCÉE AUSSI IMPORTANTE QUE L'INVENTION DE LA PSYCHANALYSE. L'HISTOIRE DES DEUX THÉRAPIES PRÉSENTE D'AILLEURS DES SIMILARITÉS FRAPPANTES. DANS LES DEUX CAS, L'INSISTANCE CROISSANTE SUR UN TRAITEMENT À LONG TERME ET LA DIFFICULTÉ D'ARRÊTER CE TRAITEMENT RAPPELLENT LA PLAISANTERIE DE KARL KRAUS DISANT QUE LA PSYCHANALYSE EST DEVENUE LA MALADIE QU'ELLE ÉTAIT CENSÉE SOIGNER.

DAVID HEALY, 1997

Marcel Otero, Ph.D.,
professeur, Département de sociologie, UQÀM.

Dans les années 1950, la dépression était une pathologie relativement marginale et les compagnies pharmaceutiques se montraient réticentes à investir dans le développement des antidépresseurs, faute de marché suffisamment large (Healy, 1997). Trois décennies plus tard, la dépression est devenue le trouble mental emblématique des sociétés occidentales et les antidépresseurs le traitement de choix pour la soigner. Au *Forum économique de Davos* de 1999, on a défini la dépression comme le futur cancer du XXI^e siècle, capable d'occasionner des coûts économiques effarants en termes de perte de journées de travail et de consommation de médicaments (Ehrenberg et Lovell, 2001). Dans son *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, l'Organisation mondiale de la santé nous apprend que la dépression est la deuxième cause de morbidité dans la tranche d'âge 15-44 ans et qu'elle en deviendra la première cause en 2020 dans les pays occidentaux.

En 1999, l'auteur du rapport national sur la consommation de psychotropes en France affirmait que la prescription d'antidépresseurs avait presque doublé dans ce pays en cinq ans (Zarifian, 1999). Une étude récente affirme qu'aux États-Unis, le nombre de personnes adultes traitées pour dépression a triplé au cours de la décennie achevée en 1997, avec un recours nettement plus fréquent aux antidépresseurs qu'à la psychothérapie. La proportion de personnes traitées qui ont eu recours à ces médicaments est passée de 37,3 % à 74,5 % dans ce laps de temps (Olsson *et al.*, 2002).

Au Canada, la situation ne semble pas trop différer de celle des pays cités précédemment. Les troubles dépressifs touchent près de 3,4 millions de Canadiens et tout particulièrement de Canadiennes (ACSM, 2003). En 1995, la dépression était la quatrième cause de consultation d'un médecin, elle passait à la deuxième position en 2000, derrière l'hypertension artérielle. Si l'humeur d'un nombre grandissant de Canadiens et de Canadiennes semble plutôt dépressive, le marché des antidépresseurs en revanche

garde le moral : leur utilisation a augmenté de 325 % au cours des vingt dernières années (Hemels *et al.*, 2002)¹. Au Québec, *L'Enquête sociale et de santé 1998* estime à 20 % la proportion de Québécois de 15 ans et plus présentant un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. La plupart des symptômes liés à cette détresse psychologique recoupent largement ceux caractérisant ce qu'on peut appeler le labile « continent de la dépression », toujours en expansion².

Si l'on examine ces chiffres, on est rapidement convaincu du fait que les troubles dépressifs sont devenus une véritable épidémie, du moins en Occident (Pignarre, 2001). Comment expliquer le double phénomène du succès social de la dépression et du succès thérapeutique des antidépresseurs ? Que dire du déplacement des anciens « troubles névrotiques » vers les nouveaux « troubles dépressifs » (ou anxio-dépressifs) comme l'un des principaux centres de préoccupation dans le champ de la santé mentale ? Pour quelles raisons les troubles psychologiques associés à la culpabilité et aux conflits intrapsychiques cèdent systématiquement du terrain aux troubles associés à l'insuffisance (ne pas être à la hauteur), à l'excès de responsabilités (se sentir dépassé) et au manque d'initiative (incapacité de lancer l'action, voire d'innover), lorsqu'il est question de santé mentale ? (Ehrenberg, 1998).

Pour mieux comprendre la diffusion extraordinaire de la dépression (ou des nombreux troubles faisant partie du « continent dépressif ») comme catégorie nosographique tout usage servant à coder un large spectre de difficultés psychologiques, ainsi que des thérapeutiques chimiques affirmant la soigner, on peut regarder de plus près les profonds changements normatifs qui définissent l'individualité contemporaine au cours des trois dernières décennies et les développements complexes du champ de la psychiatrie biologique à partir des années 1980. Ces deux dimensions d'analyse sont aussi inséparables qu'irréductibles l'une à l'autre. De telle manière qu'une interprétation sociologisante qui réduirait la psychiatrie à une idéologie de contrôle social ou, à l'inverse, une interprétation faisant de la « découverte » de la dépression (entité nosographique distincte) et de l'« invention » des antidépresseurs (thérapeutique spécifique) des événements scientifiques internes au champ de la psychiatrie biologique, sont partiales et partielles.

NORMATIVITÉ ET THÉRAPEUTIQUE

Dans un texte publié en 2002, Pierre Bourdieu affirmait que les sociétés actuelles se fondent de plus en plus sur l'institution de l'insécurité. On n'aurait plus seulement affaire aux formes de précarisation liées aux

cycles « naturels » d'expansion et de récession de l'économie capitaliste, mais également à l'application systématique d'un « management rationnel » qui institutionnalise la précarité, l'insécurité et l'incertitude comme mode normal de l'organisation du travail et, de plus en plus, comme style de vie (Bourdieu, 2002). Dans le domaine de la santé mentale³, il est couramment accepté aujourd'hui que l'un des déterminants sociaux des problèmes de santé mentale est ce que l'on appelle le stress environnemental. Ce stress serait lié, entre autres, à l'instabilité de l'ensemble des contextes de vie actuels auxquels « il faut » s'adapter⁴. En revanche, le renforcement de la capacité des sujets à s'adapter au stress environnemental, plutôt qu'à problématiser les expériences de difficulté qui y sont associées, constitue l'un des principaux déterminants psychologiques de la santé mentale.

Il n'est donc pas étonnant qu'à côté du « management rationnel » qui institutionnalise la précarité au niveau de l'organisation du travail et ailleurs, apparaisse, comme son ombre, un « management thérapeutique », dont le rôle premier consiste à développer les capacités individuelles d'adaptation des sujets aux nouvelles conditions de vie qu'on leur impose. Ces deux logiques de régulation des conduites, industrielle ou productive, d'une part, et thérapeutique, d'autre part, sont productrices de normes sociales : elles balisent le champ des conduites des sujets que l'on veut « compétents » sur le plan social et psychologique.

Mais de quel sujet parlons-nous lorsqu'il est question du développement des capacités d'adaptation dans le domaine de la santé mentale ? Qui est aujourd'hui le sujet cible des techniques de soins psychologiques et psychiatriques ? À qui fait-on endosser, selon les contextes de pratiques, les identités de malade, patient, client, usager du système de santé, consommateur de soins, personne en difficulté, vulnérable ou dangereuse ? Est-il pertinent de parler encore d'un sujet soignable ?

Si l'on tient compte des pratiques dominantes en santé mentale, on peut affirmer que le sujet que l'on soigne est aujourd'hui essentiellement envisagé sous l'angle d'un corps dont il faut dresser l'action et réguler

l'humeur. On n'a plus affaire à un sujet parlant avec une histoire singulière qui formule une demande d'aide, ou qui éprouve une souffrance à laquelle il faut donner un sens. Mais plutôt à un corps muet. Soit l'action du corps muet est inhibée et il faut la stimuler, soit l'action du corps s'avère inadaptée et il faut procéder à sa réadaptation. Réguler l'humeur et dresser (ou redresser) l'action du corps muet constituent aujourd'hui le cœur du mandat thérapeutique des stratégies d'intervention qui visent la santé mentale.

Cette représentation d'un corps muet à soigner semble la plus adaptée en regard des modes d'intervention réputés efficaces pour procéder à la restructuration de l'action des sujets (comportements inadéquats, inadaptés, insuffisants, déviants, douloureux, etc.) dans le champ de la santé mentale. Pour l'essentiel, des médicaments psychotropes (corps mental) et des techniques cognitivo-comportementales (corps machine). En même temps, on peut constater que cette représentation semble fonctionnelle avec la normativité sociale actuelle, caractérisée par la promotion de l'autonomie, de la responsabilité et de l'initiative (se prendre en main, avoir un projet de vie à soi, ne pas être dépendant d'autrui et encore moins des agences gouvernementales, etc ; Otero, 2000).

Plusieurs auteurs affirment qu'on assiste depuis une trentaine d'années environ à un relâchement de la « pression disciplinaire » sur les individus qui aurait rendu possible l'épanouissement d'une nouvelle culture psychologique (de Sennet à Lasch, de Lipovetsky à Kauffman). Ce phénomène se traduirait non seulement par une plus grande autonomie des individus, mais aussi par l'émergence de nouvelles difficultés existentielles, pour l'essentiel d'ordre psychologique. Celles-ci sont présentées comme l'envers, voire le prix à payer, de l'affranchissement disciplinaire. En ce sens que l'individu lui-même se voit confier d'énormes responsabilités pour lesquelles il n'est pas préparé adéquatement, notamment celle de choisir ses règles de conduite pour évoluer de façon adaptée à l'intérieur de dynamiques environnementales changeantes et instables (professionnelles, familiales, conjugales, scolaires, amoureuses, amicales,

sexuelles, de loisirs, identitaires, etc.) dans lesquelles il est à la fois projeté, voire ballotté, et soustrait en permanence.

L'idée de la fragilité psychologique de l'individu très individualisé n'est pas nouvelle. Freud avait justement vu que « bien se porter » est une tâche beaucoup plus lourde et complexe pour les individus « civilisés » que pour les « barbares ». Le fruit le plus mûr de l'arbre est l'individu qui n'est semblable qu'à lui-même. Et le plus mûr est le plus fragile. Mais, si l'individu contemporain, le plus individualisé semble-t-il, est contraint de choisir davantage, ce qui est souvent présenté comme la contre-figure de la volonté moderne de normalisation, cela ne veut pas forcément dire qu'il « choisit » de choisir et qu'il contrôle l'offre des choix disponibles (Castoriadis, 1998). Cela signifie plutôt qu'il est soumis à de nouvelles règles sociales qui régulent sa conduite qui, celle-là, continue d'être normée, régulée ou, à tout le moins balisée, c'est-à-dire sociale.

La multiplication des repères plutôt que leur absence expliquerait l'impossibilité de définir tant la normalité (la santé mentale, l'équilibre psychologique, l'adaptation psychosociale, etc.) que les troubles mentaux les plus courants (la dépression, l'anxiété, l'hyperactivité, etc.). Le flou normatif expliquerait donc le flou pathologique, et l'insécurité identitaire (qui est-on ?) l'incertitude éthique (comment doit-on agir ?). Ces faits sont présentés souvent comme des phénomènes qui appuient la thèse du dépassement de la « discipline ». Toutefois,

on oublie du même coup que l'essentiel de la « discipline » n'est pas la poursuite à tout prix de la standardisation des comportements, des besoins ou des désirs, ou la définition précise des normes de conduite intériorisées dans la petite enfance et valables dans le long terme, ou du moins, facilement repérables dans l'environnement immédiat⁵. L'essentiel de la discipline est plutôt l'assujettissement des individus à des identités dans le cadre desquelles ils puissent se reconnaître, fonctionner et être interpellés⁶. Ces identités peuvent prendre des formes différentes à la condition qu'elles se montrent efficaces précisément pour faire fonction d'interpellation. Le fait que ces identités renvoient à un individu « égal aux autres » (traditionnel ou moderne) ou « égal à soi-même » (postmoderne, surmoderne, hypermoderne, etc.) ou qu'elles exacerbent les particularités au lieu de les laminer, ne constitue donc pas l'essentiel pour la régulation des conduites, mais une forme historique particulière.

Si l'on se place du point de vue de la régulation des conduites⁷, il est secondaire que, par exemple, l'individu au volant de sa voiture boucle sa ceinture de sécurité parce qu'il se conçoit comme un être responsable de la gestion de sa sécurité ou, en fonction d'autres repères normatifs, parce qu'il est obligé de se plier à une règle spécifique. Ce qui importe réellement, c'est qu'il le fasse. La dimension sociale du soi a profondément changé, et à certains niveaux de façon spectaculaire. Mais elle continue

d'exister. L'exigence de conformité à certains modèles de conduite et le besoin politique de gestion de certains comportements jugés problématiques n'ont pas pour autant disparu et on ne voit pas comment ils pourraient disparaître. Ils s'expriment aujourd'hui autrement. L'injonction, présentée sous la forme d'une modalité d'enrichissement individuelle, à personnaliser la moindre futilité (message vocal, fond d'écran d'ordinateur, cartes de souhait, etc.), en nous rappelant inlassablement que nous sommes des êtres comparables à nul autre qu'à nous-même et responsables de nos choix, illustre bien la nature de la nouvelle normativité. On retrouve là la nature sociale du soi, ce qui ne veut pas dire, bien évidemment, qu'un individu se résume à sa nature sociale.

Les expériences en psychologie sociale montrent combien il est nécessaire aujourd'hui de proclamer de façon claire qu'un sujet est libre de faire ce qu'il veut, si l'on veut qu'il fasse ce qu'on attend de lui. Plusieurs psychosociologues, s'inspirant de l'idée de servitude volontaire de La Boétie, nous rappellent l'étrange pouvoir des déclarations de liberté dans la régulation quotidienne des conduites des individus (Beauvois, 1994). Pouvoir d'ailleurs mis à contribution dans de nombreuses stratégies d'intervention en santé mentale, qui affirment ne répondre qu'aux besoins spécifiques du client tandis qu'elles sont devenues indispensables au bon fonctionnement de l'ordre normatif collectif.

Si l'on demande à l'individu de prendre de plus en plus d'initiatives et de responsabilités, de parler en son propre nom et d'effectuer constamment des choix, bref, si on lui demande de faire preuve d'autonomie, il ne s'agit pas là nécessairement d'un affranchissement disciplinaire. Il s'agit plutôt d'une réorganisation du mode de régulation des conduites, qui redistribue la gestion d'une part significative des tensions et des conflits sociaux en une série de thèmes très divers : crise de la subjectivité, mal-être identitaire, manque de compétences adaptées, absence de projet de vie, perte d'autonomie, dépendance, fatigue, apathie, hyperactivité, troubles de l'humeur et de l'attention, etc. Autant de thèmes qui signalent une *faille* au niveau de l'exercice de l'individualité et qui, de ce fait, invitent à l'intervention psychosociale et la rendent légitime. La catégorie nosographique de dépression réussit efficacement à articuler dans un ensemble cohérent qu'on appelle syndrome, un nombre significatif de ces thèmes qui, dans le langage psychiatrique, sont codés comme des symptômes⁸.

L'individu contemporain, autonome et responsable bien qu'anxieux et déprimé⁹, se conçoit en effet comme un être d'initiative



André Clément, Jettée 1

qui ne doit son bonheur, et souvent son malheur, qu'à lui-même. Contraint de s'orienter par des balises que l'on perçoit comme indicatives plutôt que normatives, il est conscient que son sort dépend de sa capacité d'adaptation aux exigences de l'environnement. On le lui rappelle constamment, tant à l'individu conquérant qu'à l'individu par défaut¹⁰. Dans cette optique, il n'est pas difficile de comprendre la place centrale qu'occupent aujourd'hui les techniques psychosociales et psychopharmacologiques non seulement dans la résolution de dysfonctionnements sociaux les plus variés, mais également dans la prévention de possibles dérapages comportementaux et dans l'entretien du fonctionnement normal.

L'adaptation du sujet à son milieu de vie, c'est-à-dire le nouveau critère de santé mentale toutes orientations psychothérapeutiques confondues, suppose la satisfaction de deux exigences normatives, l'une comportementale, qui s'adresse au corps machine, l'autre énergétique, qui s'adresse au corps mental, à savoir : 1) être capable de poser les gestes adéquats vis-à-vis des demandes d'environnements changeants et instables, voire les anticiper ; 2) être en mesure de lancer l'action, de la désinhiber comme disent les psychiatres. Dans le sens de la première exigence normative se situent les techniques d'inspiration cognitivo-comportementale, et en phase avec la deuxième se situent les médicaments psychotropes, notamment les antidépresseurs¹¹.

Tant les substances psychoactives censées désinhiber l'action, que les techniques censées la restructurer, contribuent, tout comme la discipline foucauldienne moderne que certains croient révolue, à « majorer les forces du corps », en termes économiques d'utilité, et à « diminuer ces mêmes forces du corps », en termes politiques de plasticité sociale (Foucault, 1975, p. 162). Ce n'est toutefois pas leur seule fonction, car elles peuvent également permettre aux individus de devenir sujets moraux de leur action, tout dépendant des circonstances et toujours à partir de la normativité en cours, car il ne saurait y avoir d'action dans le vide ni individu « en soi ».

Hier comme aujourd'hui, les modes de régulation des conduites, même domestiques et quotidiennes, s'avèrent essentiels pour la transformation des individus en sujets aptes à fonctionner de façon adaptée dans un environnement donné. Mais aujourd'hui, les environnements ne sont plus quadrillés et les règles de conduites apprises sont éphémères et difficilement transposables d'un environnement à un autre. Si les exigences d'adaptation demeurent, les modes d'emploi sont de plus en plus à la charge des sujets qui doivent

procéder à leur constante mise au point, se débarrassant en même temps des règles de conduite devenues désuètes pour chaque situation. Ce supplément de travail social et de responsabilité qu'on exige des individus par rapport au choix et à la mise au point de règles de conduite adaptées nécessite souvent un supplément d'énergie (médicaments psychotropes) et des guides prêt-à-porter (répertoires cognitivo-comportementaux) pour orienter l'action. Et les individus ne sont pas toujours capables de reconduire (prendre en charge) ces nouvelles exigences normatives, lesquelles peuvent, dans certaines circonstances, inhiber l'action plutôt que la stimuler. C'est pour cette raison qu'au-delà des polémiques autour des différentes définitions de la dépression, elle est toujours présentée avant tout comme une pathologie de l'agir, voire comme une panne de l'action.

(machine et mental), siège et source imaginés de l'action par les disciplines de l'intervention en santé mentale. Si long terme il y a, c'est celui de l'entretien permanent de la capacité d'action et d'adaptation des sujets au moyen d'outils thérapeutiques flexibles (psychotropes et techniques cognitivo-comportementales).

NOUVELLE PSYCHIATRIE, NOUVEAUX MÉDICAMENTS, NOUVELLES CIBLES

La carence de thérapeutiques efficaces et l'incapacité des théories organiques à définir de façon convaincante le rôle du corps dans la genèse des maladies de l'esprit ont été souvent présentées comme étant la cause fondamentale du statut précaire de la psychiatrie en tant que discipline médicale. À l'exception de certains traitements qui, malgré leur réputation douteuse, ont



André Clément, *Jetée 2*

Si un sujet est mort, c'est celui qui répondait à une « discipline » comprise au sens restreint de standardisation. L'exigence normative d'autonomie, telle qu'elle se présente dans les sociétés actuelles, semble en effet moins compatible avec des stratégies d'intervention à long terme, telle que la psychanalyse, visant la profondeur historique de la psyché des sujets, leur parole ou le sens subjectif de l'existence. Il semble plus fonctionnel de viser le support mécanique et énergétique de l'individualité, imaginée comme libérée de toute « discipline », sans empiéter sur les tâches sociales que l'individu doit accomplir par lui-même pour en être véritablement un : c'est-à-dire son corps

connu leurs heures de gloire, tels que l'électrochoc ou la lobotomie, ce n'est qu'à partir de la deuxième moitié du XX^e siècle que la psychiatrie réussit à élargir de façon décisive sa palette thérapeutique. Il faut signaler deux moments forts au cours de cette évolution des techniques de soins psychiatriques en Occident, à savoir la découverte des médicaments dits antipsychotiques (ou neuroleptiques) dans les années 1950 et le développement d'une nouvelle génération d'antidépresseurs¹² dans les années 1980 (dont la figure de proue a été la fluoxétine, commercialisée sous le célèbre nom de Prozac). Schizophrénie et dépression, les deux principales pathologies mentales qui

captent l'attention des psychiatres, semblent désormais réagir de façon spectaculaire à des traitements purement biologiques.

Les nouvelles hypothèses psychobiologiques¹³ concernant non pas tant la recherche des causes de la maladie mentale que la compréhension des mécanismes qui déclenchent les symptômes de ce qu'on commence à appeler troubles mentaux plutôt que maladies mentales, ainsi que la mise au point de molécules chimiques psychoactives spécifiques dont l'efficacité suscite l'enthousiasme, ont eu pour effet de revigorer la légitimité de la psychiatrie comme discipline médicale. Ce nouveau cycle de réhabilitation de la psychiatrie s'appuie sur les progrès de sciences solidement établies ou porteuses d'avenir (neurobiologie, neurochimie, neuropsychologie, psychopharmacologie, biologie moléculaire, génétique, etc.) et sur des techniques de recherche et de diagnostic permettant d'observer le fonctionnement du cerveau « normal » en temps réel¹⁴ (tomographie par émission de positrons, imagerie par résonance magnétique fonctionnelle, magnéto-électro-encéphalographie, etc.). La convergence des avancées des neurosciences, de l'informatique et de la génétique, d'une part, et du développement des techniques de neuro-imagerie spectaculaires, de l'autre, ouvre la voie à de nouvelles utopies matérialistes comme celle qui se propose d'élaborer la carte psychobiologique de la personnalité à partir des marqueurs sanguins et génétiques. Le tout en sous-entendant que l'esprit du sujet se résume à son corps mental (son cerveau) lorsqu'il est question du psychique, du mental ou du psychologique.

Toutefois, la prétention récurrente à considérer la psychiatrie comme une discipline médicale parmi les autres par le biais de la naturalisation de son objet d'étude et d'intervention se heurte, de manière récurrente aussi, au fait qu'elle est une médecine spéciale. Car elle se trouve plus que toute autre, ou plutôt de manière plus évidente, au carrefour des changements normatifs et des développements technologiques et scientifiques. Très schématiquement, de nouveaux modèles de normalité psychologique et sociale se généralisent dans les sociétés démocratiques libérales au cours du dernier quart du XX^e siècle. Autour de ces modèles s'articulent de nouvelles injonctions sociales qui se répercutent et interagissent avec l'évolution des disciplines de l'intervention psychologique et psychiatrique, qui n'interviennent pas dans le vide mais dans un contexte irréductible à leur savoir¹⁵.

Au début des années 1980, se produit ce que plusieurs auteurs appellent la révolution néokraepelinienne¹⁶ qui bouleverse

le paysage nosographique (définition et classification des troubles mentaux) de la psychiatrie, en élargissant du même coup le registre d'application des traitements médicamenteux. Après plusieurs années de recherches, l'*American Psychiatric Association* publie un nouveau manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III)¹⁷, susceptible de permettre aux cliniciens de toutes les orientations théoriques de poser des diagnostics comparables et d'établir les bases objectives d'un consensus nouveau genre, que l'on appelle en épidémiologie « fidélité inter-juges », censé conduire à la mise en place d'un modèle d'intervention plus opératoire et standardisé.

Pour ce faire, des études épidémiologiques à grande échelle sur des populations homogènes pour chaque catégorie de trouble mental ont été réalisées, des outils statistiques conçus pour évaluer la fiabilité des critères diagnostiques ont été mis au point, de même que des questionnaires diagnostiques structurés ont été développés, le tout dans le but de minimiser le rôle joué par le jugement personnel du clinicien partisan de l'une ou l'autre doctrine psychiatrique ou psychologique au moment de poser un diagnostic et de décider du traitement à privilégier (Kirk et Kutchins, 1997). Les auteurs du manuel ont également mis sur pied des comités de négociation dans le cadre desquels les membres des différents corps professionnels et associations de praticiens américains devaient régler leurs différends doctrinaux et socioprofessionnels. Pour passer du chaos nosographique et diagnostique, censé miner la crédibilité de la psychiatrie, à l'ordre scientifique et consensuel qui lui a permis de réintégrer le giron médical, il a fallu procéder à deux opérations majeures lourdes de conséquences, à savoir : 1) remplacer le raisonnement étiologique par le raisonnement syndromique (ou étiopathogénique), et 2) si l'on peut dire, faire entrer l'esprit du sujet dans son corps.

La première opération consiste tout simplement à contourner la question des causes invisibles des anciennes maladies mentales, question considérée comme non pertinente et source continue de conflits doctrinaires irréductibles. La recherche scientifique ne devrait se concentrer désormais que sur la seule compréhension des mécanismes qui déclenchent les symptômes, au lieu de s'enliser dans les querelles philosophiques concernant les causes invisibles¹⁸. En ce qui concerne les diagnostics, ils devraient se fonder exclusivement sur la description aussi fidèle que possible des symptômes (ou de certains comportements qui ont amené à la consultation ou provoqué l'intervention) et faire abstraction des processus qui ne sont pas directement

observables. Cette classification syndromique, c'est-à-dire l'identification et la description d'un ensemble cliniquement significatif de symptômes associés à une forme de souffrance (détresse psychique) ou à une incapacité (dysfonctionnement) dont se plaint la personne en consultation, se veut une façon de procéder neutre et a-théorique qui n'a plus besoin d'une psychopathologie classique (forcément associée à une doctrine étiologique) pour comprendre l'origine des troubles mentaux, voire leur donner un sens.

Si l'un des buts du DSM-III est de rendre possible l'existence d'un langage commun aux chercheurs et cliniciens pour établir une meilleure communication entre recherche et intervention, il n'en demeure pas moins que dans les faits certains critères méthodologiques indispensables à la recherche (comme la constitution de populations homogènes pour étudier et objectiver chaque syndrome défini ainsi que pour tester des molécules chimiques psychoactives) sont en quelque sorte imposés à la pratique clinique. Ce choix méthodologique de privilégier ce qui est directement observable au détriment de ce qui peut être cliniquement pertinent, mais qui ne s'offre pas d'emblée à l'observation, n'est nullement a-théorique en dépit de la déclaration de principe des auteurs du DSM-III (Spitzer, 1983). En effet, cette prétendue neutralité va dans le sens de la consolidation du nouvel équilibre d'influences théoriques sur l'ensemble des interventions en santé mentale, marqué par le déclin de la psychanalyse (et plus largement des modèles dits découvrants, centrés sur l'analyse des causes invisibles des symptômes) et la montée du paradigme cognitivo-comportemental (et plus largement des modèles recouvrants, centrés sur le contrôle des symptômes et sur l'« outillage des usagers » ; Otero, 1999). Concrètement, le DSM-III (1980) se débarrasse presque intégralement de l'ensemble des notions d'inspiration psychanalytique à la seule exception du terme « trouble névrotique », concession symbolique arrachée *in extremis* par les psychanalystes américains (Healy, 1997). Toutefois, le DSM-IV (1994) efface les derniers vestiges psychodynamiques en éliminant toute allusion à la névrose de l'horizon nosographique dit a-théorique. Certains auteurs affirment que « l'alliance des tenants du médicament seul avec ceux des techniques cognitivo-comportementales ne vise qu'un ennemi : le psychisme » (Zarifian, 2001, p. 53), que l'on tente systématiquement de biologiser. À tout le moins, on peut affirmer que les dimensions des sujets visées par les thérapeutiques réputées efficaces se limitent de plus en plus à opérer sur le corps.

Tout en acceptant que le rôle du diagnostic psychiatrique est la transformation d'une plainte ambiguë formulée par la personne en consultation en une « entité clinique » préalablement définie, celui-ci est posé aujourd'hui avec une facilité désarmante en cochant une liste de symptômes, avant de prescrire en quelques minutes un médicament psychotrope « indiqué » pour le syndrome « scientifiquement » identifié. La prétention scientifique à objectiver le subjectif ne semble possible aujourd'hui qu'en évacuant l'intentionnalité, l'histoire singulière et la parole significative de la personne en consultation. C'est donc en ce sens qu'on fait entrer l'esprit du sujet dans son corps, tantôt conçu comme machine, tantôt comme organisme.

En effet, si le corps machine ne parle que pour donner des informations factuelles utiles à son processus de dressage, le corps organisme, quant à lui, se contente de répondre à des questions dites structurées (avez-vous des troubles de sommeil ? vous sentez-vous fatigué ? depuis combien de temps cela dure-t-il ?), susceptibles de mener à l'établissement d'un diagnostic « fidèle ». On demande au sujet d'être l'interlocuteur discret capable de limiter (voire de pétrir) son discours aux exigences minimalistes et standardisées de la classification syndromique. La parole vidée de son intentionnalité contribue non seulement à homogénéiser les populations cliniques, mais également à faciliter la généralisation de l'indication d'un même traitement pour chaque syndrome identifié, très souvent la prescription d'un médicament psychotrope¹⁹.

De plus, s'il est vrai que le DSM IV parvient à définir plus de 350 diagnostics différents, alors que le DSM II n'en comptait que 180, les indications de traitements médicamenteux conduisent à prescrire seulement quatre classes thérapeutiques de molécules chimiques : les antipsychotiques, les antidépresseurs, les tranquillisants et les hypnotiques, et le lithium et ses apparentés (Zarifian, 2001, p. 52). La profusion des catégories diagnostiques est ainsi assortie d'une standardisation thérapeutique. Ce qui suggère que, de deux choses l'une : soit les procédures de mise au point de catégories diagnostiques ne sont pas aussi objectives qu'on le laisse entendre, soit que les médicaments psychotropes disponibles ne sont pas aussi spécifiques que l'affirment les compagnies pharmaceutiques. Peut-être même que les deux hypothèses sont justes.

Le caractère objectif et scientifique de la classification syndromique est remis en question par certains membres de l'establishment de la psychiatrique biologique insoupçonnables de toute velléité antipsychiatrique, comme Herman Van

Praag qui affirme en 1990 que « depuis trente ans la confusion domine la classification des dépressions [...] Tout bien considéré la situation actuelle a empiré. À l'époque, les psychiatres savaient au moins que régnait le chaos diagnostique [...] Aujourd'hui, ce chaos est codifié, et la confusion ainsi dissimulée » (Van Praag, 1990, p. 148-149). S'il semble en effet impossible de définir de manière précise la catégorie psychiatrique de dépression, cela n'empêche pas d'affirmer qu'on la soigne de mieux en mieux parce que les médicaments dont on dispose aujourd'hui sont plus maniables par les omnipraticiens, les psychiatres et les usagers eux-mêmes. Et si l'efficacité des antidépresseurs, ou du moins leur spécificité, est l'objet de polémiques, leur réputation acquise de médicament confortable, dépourvu d'effets secondaires importants, assortie de l'ambiguïté diagnostique de la classification syndromique et de la propagation de l'idéologie de la prévention, contribue à assurer leur diffusion au-delà des populations cliniques.

De plus en plus, les variations de l'humeur découlant des difficultés de la vie quotidienne sont appelées états dépressifs ou états anxio-gènes, voire étiquetées à l'aide de nouvelles entités cliniques comme celle d'anxi-dépression, et de ce fait, traitées au moyen de médicaments psychotropes. Toutefois, si le fait d'apaiser la souffrance psychique liée à l'existence (c'est-à-dire non pathologique) à l'aide de médicaments psychotropes est souvent jugé moins légitime (voire moins naturel) que le fait d'avoir recours à une démarche à caractère psychothérapeutique (croissance personnelle, groupes de soutien, lecture d'ouvrages de psychologie populaire, etc.), c'est parce qu'au tour de force du biologisme (vouloir faire entrer l'esprit dans le corps) s'oppose celui non moins utopique du spiritualisme (vouloir faire entrer le corps dans l'esprit). La banalisation des antidépresseurs pose une question légitime, mais insupportable suivant une conception judéo-chrétienne de la douleur : Pourquoi souffrir ? Quel est le rôle thérapeutique de la souffrance, à supposer qu'il y en ait un ?

Mais la souffrance psychique et ses manifestations subjectives (tristesse, douleur morale, idées noires, etc.) semblent moins attirer l'attention des psychiatres que les dysfonctionnements de l'action et leurs manifestations objectives (ralentissement psychomoteur, perte d'énergie, fatigue, insomnie, manque d'appétit, etc.). À titre d'exemple : de nos jours, c'est le déficit énergétique – et non la tristesse – qui caractérise essentiellement le syndrome dépressif. En effet, « quelqu'un peut souffrir, mais pour qu'il soit déprimé, il lui faut plus que souffrir, il lui faut être bloqué dans ses

activités. C'est toute la différence entre quelqu'un de triste, sur lequel les antidépresseurs n'auront pas d'effet, et un déprimé » (Widlöcher, 1997, p. 73). Lorsque la capacité d'action du déprimé est restaurée par l'action attribuée aux molécules chimiques, il retrouve son dynamisme, devenant ainsi capable de lutter contre la tristesse et les pensées douloureuses. Encore une fois, c'est le corps qui se trouve au centre de la stratégie d'intervention, conçu comme véritable siège et source de l'action.

L'univers des interventions psychosociales et psychiatriques, on le voit, n'est pas exempt de paradoxes. D'une part, on assiste à une psychologisation croissante de différentes dimensions et de divers épisodes de la vie des sujets (enfance, adolescence, amitié, sexualité, deuil, divorce, chômage, vieillesse, maladie, mort, bonheur, etc.) par leur association directe au domaine de la santé mentale, en expansion permanente. D'autre part, la dimension proprement psychologique perd sa spécificité (ou sa profondeur) dans le recentrage des cibles de l'intervention au niveau du corps (machine et organisme). Mais le sujet n'est ni l'un (corps) ni l'autre (esprit), car le vivant humain est en quelque sorte les deux, même si les mots font défaut pour l'énoncer. La terminologie dualiste ne fait que répondre, au bout du compte, soit à des besoins techniques de l'analyse, soit à des intérêts socioprofessionnels, car dans le domaine de la santé mentale lorsqu'on intervient sur le corps on intervient du même coup sur l'esprit et vice-versa. Si hier la psychanalyse, la névrose, le psychisme, la cure interminable nous donnaient les mots pour coder certains aspects de la dimension sociale du soi, aujourd'hui ce sont les psychotropes, la dépression, le corps mental, la consommation chronique de médicaments qui ont pris la relève. De quoi sera fait demain ? Car il y aura un lendemain à la dépression. Il est impossible de le dire sans interroger les transformations, toujours en cours, de la normativité sociale.

Bibliographie

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE et WYETH PHARMACEUTIQUES (2003). *Représentation des troubles dépressifs et anxieux au Canada*.

BEAUVOIS, J.-L. (1994). *Traité de la servitude libérale*, Paris, Dunod.

BOURDIEU, P. (2001). *Contre-feux 2*, Paris, Raisons d'agir éditions.

BREGGIN, P. (1991). *Toxic Psychiatry*, New York, St. Martin's Press.

BREGGIN, P. (1994). *Talking Back to Prozac*, New York, St. Martin's Press.

CASTORIADIS, C. (1998). *Post-scriptum sur l'insignifiance*, Paris, Éditions de l'Aube.

DESCOMBES, V. (1995). *La denrée mentale*, Paris, Minuit.

EHRENBERG, A. (1998). *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.

EHRENBERG, A. et A. LOVELL (2001). *La maladie mentale en mutation*, Paris, Odile Jacob.

FOUCAULT, M. (1975). *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard.

HEALY, D. (1997). *The Antidepressant Era*, Londres, Harvard University Press.

HEALY, D. (2002). *The Creation of Psychopharmacology*, Londres, Harvard University Press.

HEMELS, M. et al. (2002). « Increased use of antidepressants in Canada: 1981-2000 », *The Annals of Pharmacotherapy*, vol. 36, n° 9, p. 1375-1379.

KAUFMANN, J.-C. (2001). *EGO, pour une sociologie de l'individu*, Paris, Nathan.

KIRK, S. et H. KUTCHINS (1997). *Making US Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*, New York, Free Press.

LASH, C. (1979). *The Culture of Narcissism, American Life in Age of Diminishing Expectations*, New York, Norton.

LIPOVETSKY, G. (1983). *L'ère du vide, Essais sur l'individualisme contemporain*, Paris, Gallimard.

MEAD, M. (1978). *Culture and Commitment: The New Relationships between the Generations in the 1970s*, New York, Columbia University Press.

OLFSON, M. et al. (2002). « National trends in the outpatient treatment of depression », *Journal of the American Medical Association*, n° 287, p. 203-209.

OMS (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001, la santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS.

OTERO, M. (1999). « L'intervenant psychosocial et sa magie », *Revue canadienne de psycho-éducation*, vol. 28, n° 1, p. 105-114.

OTERO, M. (2000). « Les stratégies d'intervention psychothérapeutique et psychosociale au Québec. La régulation des conduites », *Sociologie et sociétés*, vol. 32, n° 1, p. 213-228.

PIGNARRE, P. (2001). *Comment la dépression est devenue une épidémie*, Paris, La Découverte.

SANTÉ CANADA (2002), *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa.

SANTÉ QUÉBEC (1998). *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec.

SENNETT, R. (1977). *The Fall of Public Man*, New York, Knopf.

SPITZER, R. (1983), *Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux*, Paris, Masson (Introduction).

VAN PRAAG, H. (1990). « The DSM-IV (depression) classification: To be or not to be? », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 78, n° 3, p. 148-149.

WIDLÖCHER, D. (1997). *La psyché carrefour*, Paris, Georg Éditeur.

ZARIFIAN, É. (1996). *Le prix du bien-être*, Paris, Odile Jacob.

ZARIFIAN, É. (1999), *Sciences et Avenir*, n° 629.

ZARIFIAN, É. (2001). *La force de guérir*, Paris, Odile Jacob.

Notes

1. Le nombre des prescriptions émises au Canada est passé de 3,2 millions à 14,5 millions, alors que la population du Canada n'a augmenté que de 1% au cours de la même période. Les dépenses des Canadiens et Canadiennes en antidépresseurs ont passé de 31,4 millions de dollars à 543,4 millions au cours des vingt dernières années. Le coût moyen d'une prescription est passé en moyenne de 9,85 \$ en 1981 à 37,44 \$ en 2000. Selon certaines projections, ces dépenses atteindront 1,2 milliard pour l'achat d'antidépresseurs en 2005, au coût de 50 \$ par prescription (Hemels et al., 2002).
2. Entre autres : dysthymie, dépression sévère, dépression masculine, dépression féminine, dépression atypique, anxiodépression, dépression endogène, dépression réactionnelle, anhédonie, dépression masquée, dépression vitale, névrose dépressive, dépression unipolaire, dépression bipolaire, psychose dépressive, dépression récurrente, dépression subsyndromique, acédie, dépression légère, etc.
3. De nombreuses disciplines ont affaire à la « santé mentale » des sujets ou des groupes, dont la psychologie, la psychiatrie, la psychoéducation, la criminologie, la psychanalyse, le travail social, etc. Toutefois, la signification du mot santé, d'une part, et la nature, les limites et la localisation du « mental », d'autre part, sont l'objet de multiples débats. Pour une discussion approfondie de ce que le « mental » peut vouloir dire, voir Descombes (1995).
4. Les nouvelles demandes psychologiques « s'énoncent aujourd'hui dans les termes vagues d'un mal-être résultant des nouvelles contraintes économiques et sociales, mais aussi de la précarisation de la vie privée » (Ehrenberg, 1998, p. 258).
5. Margaret Mead (1978) avait déjà défini les sociétés à changement très rapide comme « préfiguratives », où l'expérience transmise par les aînés ne semble d'aucune utilité aux plus jeunes qui ont l'impression de n'avoir aucune prise sur le présent ni sur l'avenir. Les individus évoluant dans ce type de sociétés se trouvent dans la situation de l'immigrant ou du pionnier.
6. En ce sens que les individus en société, même s'ils sont « très individués », demeurent toujours assujettis aux autres (parents, supérieurs hiérarchiques, représentants des organisations, etc.) et à leurs propres identités (sexuelles, nationales, religieuses, communautaires, ethniques, etc.). Être sujet ne signifie donc pas être soumis, mais plutôt partager forcément certaines dimensions de soi avec d'autres. À partir de ces assises sociales, l'individu peut devenir le sujet moral de son action et transformer, dans certaines circonstances, ses conditions de vie et celles de son groupe, seul ou associé aux autres.
7. C'est-à-dire du fonctionnement d'un ordre normatif concret censé établir non seulement des contraintes mais également des liens positifs entre les individus. On oublie trop souvent le côté positif de la normativité sociale qui permet à la société de communiquer avec elle-même et aux individus les uns avec les autres.
8. Pensons aux items évoqués dans les échelles diagnostiques du syndrome dépressif : humeur dépressive, diminution de l'intérêt ou du plaisir, perte ou gain de poids, insomnie, fatigue, perte d'énergie, agitation ou ralentissement psychomoteur, sentiment de dévalorisation, difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions, penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, pensées de mort récurrentes, etc.
9. Ces deux « ensembles anthropologiques » de l'individualité contemporaine (autonomie et responsabilité, d'une part, et dépression et anxiété, d'autre part) semblent faire de plus en plus partie tant de la normalité que de sa pathologie. En effet, en lisant les échelles diagnostiques concernant les troubles de l'humeur ou les cas cliniques des DSM III, III-R et IV, on ne peut que se sentir interpellé et, dans une certaine mesure, s'identifier avec certains des items évoqués, comme on pouvait l'être auparavant à la lecture de la description freudienne de la névrose obsessionnelle. L'un des secrets du « succès » de la diffusion d'un « trouble mental » tel que la dépression se trouve dans ceci : il fait déjà partie de notre soi social normal comme vulnérabilité potentielle et nous trouvons vraisemblable la perspective d'y basculer un jour ou l'autre, dans certaines circonstances censées l'« activer » (deuil, chômage, contre-performance sociale, etc.).
10. L'individu conquérant, dont le modèle est le *self-made man*, l'homme d'affaires à succès, le sportif célèbre, etc., est le versant opposé de l'individu malgré lui ou par défaut, dont le modèle est l'itinérant, le sans domicile fixe. Le statut d'individu peut devenir source de plaisir et de pouvoir pour les uns et source de misère et d'exclusion pour les autres.
11. Les effets des antidépresseurs sont complexes (énergisants, psychotoniques, désinhibiteurs de l'action, stimulants de l'humeur, euphorisants, revitalisants, etc.) et les psychiatres

- ne s'entendent toujours pas sur la nature de l'action des différentes molécules mises au point par les compagnies pharmaceutiques.
12. Les antidépresseurs ont été découverts eux aussi au cours des années 1950. Roland Khun publie ses résultats sur les effets antidépresseurs de l'imipramine en 1957. La même année, Nate Kline rend publics les bienfaits de l'iproniazide sur les symptômes dépressifs. Dans les deux cas, l'intérêt que suscite la découverte est mitigé ; il faudra attendre plus de trente ans pour assister à l'« épidémie dépressive » (Healy, 1997).
 13. L'hypothèse dite monoaminergique, par exemple, a servi de base au développement d'une génération de médicaments psychotropes que l'on dit révolutionnaires. Brièvement, les monoamines sont des neuromédiateurs, c'est-à-dire des molécules synthétisées et libérées par les neurones dont le rôle est d'assurer la transmission chimique de l'influx nerveux. Ces neuromédiateurs, dont la sérotonine, la dopamine et la noradrenaline sont les plus connus, seraient impliqués dans les comportements moteurs, les fonctions cognitives, les perceptions sensorielles, etc. Très schématiquement, les médicaments psychotropes modifient l'équilibre neurochimique en agissant sur l'un ou l'autre (et plus vraisemblablement sur plusieurs) de ces neuromédiateurs. Ensuite, les variations de la concentration de chaque type de neuromédiateur sont corrélées avec l'un ou l'autre des syndromes psychiatriques inventoriés dans les manuels de psychiatrie.
 14. Ce n'est qu'au cours des années 1980 que les applications des avancées dans les domaines de la radiologie et de l'informatique ont permis à la neuropsychologie de se pencher sur l'étude des relations entre structures et fonctions cérébrales non seulement sur le cerveau des personnes décédées ou cérébrolésées, mais notamment sur le cerveau vivant et « normal ».
 15. Cela ne signifie nullement que l'on puisse réduire les développements scientifiques de la psychiatrie et de la psychologie à des transformations sociales, politiques, culturelles ou économiques. Ce serait également réducteur et étroit.
 16. Le psychiatre allemand Emil Kraepelin a marqué profondément la psychiatrie avec la publication de son *Traité de psychiatrie* à la fin du XIX^e siècle. Il s'y applique à établir une classification des maladies mentales en fonction de critères cliniques « objectifs ». Un pareil exploit aurait été accompli un siècle plus tard par l'*American Psychiatric Association*.
 17. DSM est le sigle désignant le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* que publie l'*American Psychiatric Association*. Le DSM-III date de 1980, le DSM-III-R est paru en 1988 et le DSM-IV a vu le jour en 1994.
 18. Cette affirmation d'un des plus prestigieux psychiatres et psychologues français, Daniel Widlöcher (1997) illustre bien tant le raisonnement étiopathogénique que la certitude à l'égard de l'efficacité des nouvelles molécules chimiques : « La preuve est faite que les antidépresseurs marchent sur une réponse d'épuisement ou d'inhibition, quelle qu'en soit la cause ou la raison » (p. 73). Plus loin, le même auteur ajoute : « J'insiste, quelles que soient les origines morales ou organiques des causes, le traitement médicamenteux agit de façon spectaculaire » (p. 74).
 19. Les enjeux économiques, notamment les intérêts des puissantes compagnies pharmaceutiques, qui se trouvent au cœur de ce schéma de *diagnostic-prescription* prétendu a-théorique, ont été largement soulignés ailleurs (Breggin, 1991 et 1994 ; Zarifian, 1996 et 2001 ; Kirk et Kutchins, 1997). En septembre 2001, treize des plus prestigieuses publications médicales au monde, dont *The Lancet*, le *New England Journal of Medicine*, le *Journal of the American Medical Association* et *The British Medical Journal*, ont accusé les compagnies pharmaceutiques d'exercer d'énormes pressions sur les scientifiques lorsqu'il s'agit d'évaluer la performance des médicaments (contrats empêchant d'informer librement des résultats, arrêt du financement, etc.).