

# La médicalisation des difficultés des jeunes

## Synthèse de la Journée d'échanges et de réflexion

Organisée par le Comité Défense des droits  
Regroupement des Auberges du Cœur  
Et tenue le 16 mars 2006, à St-Charles-Borromée

## Objectifs généraux de la journée

Développer, dans les Auberges du cœur, un regard critique commun sur la médicalisation des difficultés des jeunes.

Identifier des pistes d'action collectives et individuelles.

De plus en plus, les intervenants et intervenantes des Auberges du cœur doivent composer avec des jeunes qui prennent des médicaments psychotropes (stimulants, antidépresseurs, etc.). Le phénomène s'accroît. Des questions se posent. Les jeunes sont-ils de plus en plus « malades » et/ou sommes-nous de plus en plus efficace à diagnostiquer les troubles de santé mentale? Est-ce plutôt une nouvelle forme de contrôle social? Ou la réponse facile à l'absence d'encadrement (de la famille, de l'école, du réseau de la santé et des services sociaux, des groupes communautaires, etc.)? Que penser de ces multiples prescriptions, parfois si faciles à obtenir? De l'absence de suivi régulier et sérieux avec des thérapeutes? Et ces jeunes, sont-ils victimes, complices, clients, consommateurs, demandeurs... tout ça en même temps?

Quels sont les effets de cette médicalisation sur la vie des jeunes? Et sur les pratiques dans les Auberges du cœur? Pouvons-nous et devrions-nous questionner les professionnels de la santé, voire les dénoncer? Quelles positions politiques, pédagogiques, éthiques, devrions-nous adopter pour être conséquent avec nos principes d'intervention et notre mission? Quelles sont les actions possibles, dans une perspective de défense des droits des jeunes?

## Animateur

- **M. Marc Saint-Louis**, ex intervenant de l'Auberge du cœur le Tournant, ex directeur par intérim de l'Auberge du cœur la Source-Soleil et bien connu pour sa participation à divers titres au Regroupement des Auberges du cœur du Québec

## Panélistes

- **M. Jean-Nicolas Ouellet**, agent de liaison, Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), impliqué activement dans la formation à la gestion autonome des médicaments (GAM) et le développement d'une large réflexion critique autour de la « psychiatisation des problèmes sociaux » et aussi ex intervenant dans une ressource alternative en santé mentale.
- **M. Marcelo Otero**, professeur et chercheur au département de sociologie de l'Université de Montréal (UDM), chercheur affilié au Groupe d'étude sur le médicament comme phénomène social et culturel (MÉOS), chercheur au Collectif de recherche sur l'itinérance, la pauvreté et l'exclusion sociale (CRI), et chercheur collaborateur au Centre international de criminologie comparée (CICC).
- **M. Denis Lafortune**, psychologue et chercheur régulier à l'UDM. Parmi les recherches récentes : « La prescription de stimulants, risperdal et clonidine aux adolescents placés en Centres Jeunesse », « Aspects sociaux du recours aux médicaments psychotropes dans l'intervention auprès d'adolescents placés dans les Centres Jeunesse », « Les fondements cliniques et juridiques des mesures restrictives de liberté dans les Centres Jeunesse », « Étude du médicament comme phénomène social et culturel »

## Nombre de participantEs :

- 60 représentants de 16 Auberges du cœur
- 2 membres de la permanence du RACQ
- 2 membres du comité Défense de droits
- 1 représentant d'Action Autonomie
- 1 invité du Vaisseau d'or (ress. alternative en santé mentale - Lanaudière)

*En ouverture, Marc Saint-Louis nous rappelle l'importance pour les intervenants et intervenantes de développer un regard critique sur les diagnostics en santé mentale et les prescriptions qui les accompagnent. Pour toutes sortes de raisons, un grand nombre des jeunes qui entrent dans les Auberges ne peuvent tout simplement pas poser eux-mêmes ce regard critique. Leur santé, mais aussi leur autonomie et leurs droits sont en jeu. C'est aux intervenants et intervenantes de le faire. Sinon, qui le fera?*

## Présentation de M. Marcelo Otero

Jusqu'aux années 1970, la psychiatrie a été dominée par l'approche psychanalytique. Puis elle a été très largement « évincée » par les psychotropes. L'explosion de la consommation des psychotropes est spectaculaire et rien n'indique qu'elle perdra de sa force dans les prochaines années. Les deux traitements (psychanalytique et chimique) ont aussi des points communs. Pour emprunter les mots du psychiatre David Healy : les deux traitements insistent sur une guérison à très long terme et sur la difficulté d'arrêter le traitement. Si bien que le traitement devient la maladie qu'il était sensé soignée.

Un des problèmes majeurs avec le traitement psychopharmacologique (chimique) est que, malgré la prétention de l'industrie pharmaceutique, des chercheurs, des médecins, des psychiatres et de tous ses défenseurs, il ne guérit rien. Les problèmes de santé mentale augmentent. La souffrance des gens s'accroît. La dépression, par exemple, atteint des sommets, ce qui lui vaut d'être qualifiée « d'épidémie ». Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) elle est en 2001 la principale cause d'incapacité en Occident et dépassera en 2020 les maladies cardiovasculaires comme principale cause de morbidité. Et ceci au moment où les gens consomment de plus en plus d'antidépresseurs. Que penser de la prétention voulant que les psychotropes soient plus efficaces qu'avant, alors que les chiffres racontent une augmentation des problèmes de santé mentale? Il y a là un problème de taille. Est-ce que les psychotropes sont devenus la maladie qu'ils étaient sensés soigner?

Pour M. Otero, les psychotropes jouent essentiellement le même rôle que celui joué par la psychanalyse auparavant. Ils servent à réguler les manières de penser et de se comporter. À fixer les limites du normal, de l'acceptable, mais cette fois par l'obsession de la santé. Dans les sociétés occidentales, il y a toujours eu des structures pour réguler les comportements (famille, école, État, Église, travail, etc.) et nous rappeler (imposer) les normes sociales. Mais ces structures traditionnelles ont perdu la capacité d'imposer leurs valeurs et leurs normes par la référence à la discipline, l'obéissance et l'interdit. Valeurs et normes qui se sont transformées à un point tel que ces mêmes institutions s'en remettent de plus en plus aux approches « psy » pour produire des comportements « adaptés ». La psychiatrie a ainsi pris le relais pour « éduquer » les populations.

Aujourd'hui, c'est par quelques valeurs positives, dont la croissance économique, l'environnement et la santé, qu'on cherche à imposer les normes individuelles et

sociales. Les approches de prévention deviennent des moyens « d'éduquer » des groupes ciblés à des comportements sains pour le corps et l'esprit (santé physique et mentale), pour eux comme pour leurs proches (notamment les parents et leurs enfants). La santé, telle qu'elle est conçue aujourd'hui, n'est plus l'absence de maladie, mais un état de « complétude ». Un état inatteignable de bonheur parfait continu. C'est ainsi que l'OMS définit la santé et cette conception se retrouve dans nos programmes de santé et de services sociaux.

Des disciplines scientifiques et des chercheurs viennent appuyer cette prétention au « bonheur par la santé ». Notamment en neurologie. Les neurosciences cherchent par l'étude du cerveau les moyens de gérer les émotions, les sentiments, les comportements. On s'intéresse à la normalité et on cherche sa trace dans le cerveau. On espère ni plus ni moins découvrir les moyens de « rendre tout le monde capable de résister aux pressions sociales ».

Les normes sociales pour être de bons parents, travailleurs, conjoints, élèves, jeunes... changent. Les exigences de performance sont élevées et il faut en plus atteindre le bonheur perpétuel. Mais la société actuelle est caractérisée par une sorte d'institution de l'insécurité et de la précarité (du couple, de la famille, du travail, de la santé, etc.). La psyché humaine, elle, ne s'y adapte pas. Mieux adaptée pour évoluer dans un environnement social beaucoup plus stable, elle flancherait comme tend à démontrer les proportions épidémiques de la dépressions et des troubles de l'anxiété.

Autre point commun entre la psychanalyse et les psychotropes : leur diffusion hors des cabinets de psychiatres. Durant les belles années de la psychanalyse, plusieurs s'improvisaient analystes et analysaient à peu près tout (notamment dans le domaine des arts, de l'histoire, de la sociologie, etc.). On a pu ainsi avoir recours à la psychanalyse pour expliquer le nazisme en Allemagne. La psychiatrie et les psychotropes débordent eux aussi du cabinet du psychiatre. Les parents, les professeurs, les éducateurs, les psychologues, les intervenants... tout le monde pose des diagnostics. L'information est partout présente, largement diffusée. Et le médecin généraliste, dans une proportion plus large que le psychiatre, prescrit des psychotropes, parfois sur l'avis principal des parents, des profs, des éducateurs...

La prévention des problèmes individuels avant qu'ils ne se manifestent (échec scolaire, agressivité, violence, toxicomanie, maltraitance, abandon, etc.) et leur assimilation à des troubles de santé mentale sont des manifestations majeures de ce « débordement » des problèmes psychiatriques hors du cabinet du psychiatre.

Si bien qu'il ne servirait à rien, pour régler le problème de la médicalisation des difficultés des jeunes, d'abolir la psychiatrie ou la médecine. D'autres intervenants ont pris le relais. Comme la psychanalyse n'avait plus besoin des psychanalystes pour imposer ses normes, la psychiatrie n'a plus besoin des psychiatres pour imposer les siennes. Même la définition d'un problème comme étant « un problème de santé mentale » est en lui même un processus social, culturel et médical complexe, qui fait de moins en moins appel aux experts psychiatres.

Il ne faut pas négliger le « psychologisme » qui impose sa conception de la santé mentale sur tout et partout. La psychologie est une partie importante du recours aux psychotropes car elle tend à définir tout en termes de santé mentale. Elle

« psychologise » le social. Par exemple, la présidente de l'ordre des psychologues a été interpellée pour anticiper les problèmes de santé mentale des survivants du tsunami! Imposition de normes occidentales sur une population asiatique, habitant un pays que plusieurs de nos psy n'arriveraient même pas à situer sur une carte géographique!

Cette « récupération » de la psychiatrie par divers intervenants scolaires, sociaux, médicaux s'explique par l'une des caractéristiques fondamentales de la santé mentale : sa définition est totalement floue. Tellement, que tout y entre. On peut se demander « où est le mental? ». Dans le corps? Dans les pensées? Le flou nous interdit maintenant de faire la part des choses entre le mental et le social. Où sont leurs limites respectives?

Le social est, par définition, à la fois normatif et conflictuel. Mais notre société cherche à ne conserver que le normatif et à éliminer le conflictuel. Si bien que le thérapeutique devient essentiellement dressage à des normes et répression des « anormalités ». Or, il n'y a jamais eu de société sans crime, sans drogue, sans déviance. Et c'est fondamentalement sain qu'il y ait de la déviance et des conflits. Une société sans conflit, sans déviance, c'est une société qui concrétiserait un rêve de société totalitaire.

Selon le sociologue Robert Castel, le « psychologisme » permet une gestion plus souple, plus efficace, de certains problèmes sociaux, en les « vidant » de leur contenu conflictuel et politique. Il met aussi l'accent sur l'individu et évacue l'environnement social. L'individu, autonome et responsable, doit prendre en charge sa capacité d'adaptation à l'environnement social, dans toutes ses dimensions (famille, études, travail, amour, etc.). Une tâche d'autant plus ardue que les repères sont mouvants, fragiles, précaires... Le recours aux médicaments psychotropes devient un support somme toute « simple et rapide » à l'exigence qui est faite à tous « d'adaptation sociale »; de s'adapter à cette société selon les normes en vigueur.

M. Otero termine par une boutade, « à une autre époque, on a tenté, par l'Inquisition, d'éliminer l'influence du diable en le voyant partout. Aujourd'hui, ce serait un tour de folie que de chercher à éliminer la folie en la voyant partout ».

## Présentation de M. Denis Lafortune

D'emblée, M. Lafortune expose des données sur la croissance du recours à la médication psychotrope depuis quelques dizaines d'années. Pour les antidépresseurs seulement, on parle d'une augmentation de 325% du recours depuis 20 ans.

Les adultes restent les grands consommateurs, mais le recours pour les enfants et les adolescents est en pleine expansion. En gros, le recours aux psychotropes triple tous les dix ans pour les enfants. Il y a aussi une grande disparité entre les régions. Plus on s'éloigne des grandes villes (Montréal, Québec, etc.) plus on prescrit. Les cliniques pédiatriques, les écoles et les milieux institutionnels comme les Centres jeunesse sont les lieux où les jeunes sont les plus « à risque » de recevoir une ordonnance de psychotropes. On parle de 2 à 3 fois plus de jeunes sous psychotropes dans les institutions que dans le reste de la population. Chez les moins de 18 ans en institution, les jeunes de 6 à 12 ans et les garçons (70% contre 30% pour les filles) sont les plus susceptibles de recevoir une prescription.

Les garçons de 6-12 ans, placés en centre jeunesse sont donc très « à risque » d'être consommateurs de médicaments psychotropes.

Parmi les pratiques en émergence, on remarque la polyprescription et la comorbidité, c'est-à-dire la prescription de deux ou trois médicaments psychotropes, pour deux ou trois problèmes de santé mentale pour une même personne. On remarque aussi une relative autonomie entre le diagnostic et le recours aux psychotropes. C'est-à-dire qu'on prescrit maintenant des médicaments psychotropes sur la base de l'observation de symptôme et non de maladie ou de trouble de santé mentale, telle que défini par le DSM. On évalue à plus de 80% le nombre de prescriptions qui ne s'appuie sur aucun diagnostic principal. Si bien qu'il faut se demander si les pratiques en santé mentale sont fondées sur les diagnostics ou sur les symptômes.

La vision du recours au médicament a changé dernièrement. Il y a une trentaine d'années, les premiers intervenants à faire face à l'utilisation des psychotropes se montraient des plus critiques. Ils les voyaient plutôt négativement. Puis on est passé à une vision plus optimiste : l'usage rationnel. On se disait, en gros, que si tant de gens utilisent tant de médicaments, c'est simplement qu'ils en ont besoin (le bon médicament, à la bonne personne, au bon moment). Avec la croissance explosive du recours aux psychotropes, les intervenants de la santé ont fini par douter. Si bien qu'ils parlent maintenant d'usage optimal. La question n'est plus de savoir si tous ces gens (médecins, intervenants, patients, etc.) font un usage rationnel des psychotropes, mais s'il s'agit du meilleur usage possible, compte tenu de nos ressources, de nos valeurs et des coûts que nous pouvons assumer.

M. Lafortune nous explique aussi comment les médecins eux-mêmes se situent dans cette mouvance du recours croissant aux psychotropes.

D'abord, ils croient (à raison) que les médicaments sont meilleurs qu'avant. Mais ils ont du mal à se tenir à jour. L'information circule vite et massivement. Ils ne peuvent tout lire et le faire en profondeur. Ils sont souvent à la merci des réseaux

d'informations qui sont loin d'être toujours neutres (l'emprise des industries pharmaceutiques sur ces ressources est parfois évidente).

Avec leur formation et les diverses sources d'informations dont ils disposent, les médecins se jugent tout à fait capables de poser la plupart des diagnostics en santé mentale, sans l'aide des psychiatres. Ils font appel à ces derniers lorsqu'ils sont devant des cas plus difficiles à déterminer. Il faut dire que les psychiatres sont fort peu nombreux. Les pédopsychiatres sont tout aussi rares, sinon plus.

Mais les médecins ne suivent pas, dans une forte proportion (4 sur 5) les démarches recommandées pour diagnostiquer un trouble du déficit d'attention et prescrire des stimulants tel le Ritalin. Par ailleurs, respecter ces démarches supposent l'existence de ressources humaines particulières dans les écoles et le réseau des services sociaux. Or, ces ressources n'existent pas. Donc, les médecins se disent qu'ils font de leur mieux « dans les circonstances ».

Les médecins se sentent aussi comme les seuls vraiment obligés d'atteindre des résultats avec la personne qui consulte. On s'attend d'eux qu'ils « guérissent » puisque ce sont les « experts » de la santé. Les autres intervenants de la santé, des services sociaux, du réseau communautaire n'ont pas une telle obligation de résultat. En conséquence, ils ne veulent pas prendre le risque de laisser partir une personne souffrante, sachant que son état mental peut être la source de préjudices (pour lui-même et son entourage). Le médicament devient leur « assurance responsabilité ».

Concernant les ressources disponibles ou non, les médecins sont sensibles à la présence d'un « tiers payeur ». S'ils ont le choix entre référer à un psychologue qui sera payé par le patient (ou sa famille) ou prescrire un psychotrope qui sera remboursé par l'État ou une compagnie d'assurance, il fera ce dernier choix. L'État, d'ailleurs, commence à s'inquiéter sérieusement de la hausse fulgurante des remboursements de médicaments.

Du côté des intervenants, le recours aux psychotropes soulève d'autres types de positions. Leurs perceptions sont partagées. Dans les années 1970-1980, ils se montraient méfiants et critiques à l'égard du modèle médical. Il y voyait une façon de transformer des problèmes sociaux en problèmes individuels. Ils craignaient que cette approche clinique évacue les enjeux sociaux majeurs comme la pauvreté, la discrimination, etc.

Les intervenants constatent aussi une tendance à « sur-diagnostiquer » les jeunes, se demandent si l'influence de l'industrie pharmaceutique, les difficultés des enseignants à gérer des classes nombreuses, l'impatience des parents... ne sont pas des facteurs aggravant la situation. Beaucoup d'intervenants prennent conscience de l'ampleur du phénomène que lorsqu'ils arrivent sur le terrain. Leurs formations collégiales ou universitaires ne les ayant pas préparés à ça. On se sent mal pris, on voudrait aider ou conseiller le jeune, mais comment? Alors on doit se former à toute vitesse, sur le tas, le plus souvent dans les médias ou sur Internet. « Mais qu'elle est la valeur de ces informations? », nous demande M. Lafortune. On sent que la réponse est « souvent pas grand-chose ».

Les intervenants rencontrés jouent essentiellement un des trois rôles suivants auprès des jeunes : assistant du médecin, consultant collaborateur, avocat du jeune. L'assistant fait confiance aux médecins et se voit un peu comme un « paramédic » qui aide le jeune à observer la posologie... Le consultant collaborateur se perçoit comme l'égal du médecin et discute avec lui sur cette base. Il fait équipe avec lui, mais dans une dynamique où chacun à ses expertises propres, et qui doivent être respectées. L'avocat du jeune adopte un rôle critique à l'égard des décisions médicales et veille au respect des droits du jeune.

Du côté des utilisateurs de médicaments psychotropes, les études nous montrent des relations complexes avec la « pilule ». Il y a une symbolique du médicament. La pilule est devenue la métonymie du médecin (une partie qui symbolise le tout). Un bon médicament, c'est un médicament prescrit par un bon médecin.

Les jeunes n'aiment pas en prendre, mais ils font la part des choses. Une majorité reconnaît des effets positifs. Par exemple, les utilisateurs de Ritalin constatent l'augmentation de leur attention. D'autres apprécient la diminution de leur impulsivité. Certains y voient une béquille (ils utilisent souvent ce mot) qui restreint leur autonomie et vivent « en toute conscience » leur dépendance. D'autres enfin voient dans la pilule, dans « l'ordonnance », une dimension de l'autorité des adultes contre laquelle certains choisissent de résister, d'autres de se soumettre.

Les jeunes y voient aussi une forme de stigmatisation ou d'intégration sociale. Ces deux points de vue opposés se retrouvent chez une même personne, parfois, fière et honteuse d'être différente. Ça peut être « hot » d'être sous psychotrope, ou encore gênant. Il arrive que ce soit un trophée, comme une preuve de la gravité du problème, de la grande « difficulté d'être soi ».

## Présentation de M. Jean-Nicolas Ouellet

M. Ouellet affirme d'abord qu'il n'est pas « contre les pilules ». Comme travailleur dans des groupes alternatifs en santé, il a souvent vu les effets positifs d'une médication raisonnable lorsqu'elle est soutenue par un suivi professionnel et des conditions de vie adéquates. Mais comme M. Otero et Lafortune avant lui, il rappelle qu'aucun médicament psychotrope ne guérit quoi que ce soit. Ils peuvent, tout au plus, rendre des personnes « disponibles » à faire face à ses problèmes et à entreprendre une démarche de guérison.

Pour M. Ouellet, il serait plus juste de parler de psychiatrisation que de médicalisation. Nous sommes devant l'utilisation des outils de la psychiatrie (DSM, psychotropes, contention et isolement) pour régler des problèmes sociaux comme la pauvreté, les logements inadéquats, les carences affectives, les violences, les abus, les mauvaises conditions de travail, le manque de soutien dans les moments difficiles (deuils, ruptures, perte d'emploi...). Ces problèmes qui nous amènent à ressentir des souffrances et des sentiments d'impuissance. C'est sur ces souffrances et ces sentiments que la psychiatrie intervient et non sur leurs causes. C'est pourquoi elle rate sa cible lorsqu'elle prétend guérir des victimes des problèmes sociaux.

On sait pourtant, depuis longtemps, que les principales causes des problèmes de santé mentale sont :

- La pauvreté
- Le sentiment d'impuissance (d'absence de pouvoir sur sa vie)
- Le logement inadéquat

Pourquoi cette popularité croissante du recours aux psychotropes? Il semble qu'on ne veuille plus entendre la souffrance de l'autre. « On associe le silence avec l'absence de souffrance. Or, des fois, crier, c'est justement un signe de bonne santé mentale », nous dit M. Ouellet. On prescrit plus, on crie moins, on dérange moins, donc on semble aller beaucoup mieux. Et c'est ce que croient beaucoup d'intervenants. Mais dans les faits, on coupe les capacités de la personne à réagir, à ressentir, dans des situations intolérables. Les psychotropes en viennent ainsi à donner aux personnes la « capacité » de tolérer l'intolérable; d'accepter l'inacceptable.

Il faut dire aussi que le diagnostic et la prescription peuvent aussi soulager la conscience de la personne qui ne se voit plus comme un monstre : « il y a une explication médicale à ce que je vis ». Ça aide aussi à réduire la culpabilité des parents, de l'entourage. Ça aide aussi à déresponsabiliser tout le monde en dissimulant des problèmes sociaux et relationnels derrière un masque scientifique, médical, psychiatrique. Il ne faut négliger cet aspect « positif » du médicament. Ça fait du bien autant que la molécule. Si bien que le diagnostic devient une partie importante de l'identité de la personne. Il faut en tenir compte dans l'intervention; être attentif à ne pas imposer notre perception du diagnostic et du médicament aux jeunes.

Le recours à la médication est aussi une des conséquences majeures du manque de ressources humaines en éducation, en santé et en services sociaux. Dans les écoles, les professeurs qui font face à des classes trop nombreuses voient le Ritalin leur venir

en aide. Ça calme les enfants. Ça évite les débordements. Dans les CHSLD, le recours aux calmants permet de rendre tolérables les conditions indignes dans lesquelles vivent les personnes âgées. À la Protection de la jeunesse (où il y a eu des coupures de personnel), on calme la colère et les sentiments de révolte des jeunes avec les pilules et la contention plutôt que par le soutien humain.

Il y a aussi une forme de contrôle social. Aux jeunes mères, par exemple, on menace de leur enlever leurs enfants s'ils ne prennent pas des psychotropes. Aux assistés sociaux, on refuse de reconnaître les contraintes temporaires à l'emploi sans le recours aux médicaments psychotropes pour « le prouver ».

Sur les instruments qu'utilisent les professionnels de la santé et des services sociaux pour psychiatriser les problèmes sociaux, M. Ouellet s'attarde d'abord au DSM IV (et les versions antérieures). Il s'agit d'un outil clinique qui est tout, sauf clinique. Il déborde largement l'utilisation par le seul psychiatre. Bien des médecins en abusent pour poser des diagnostics. Bien d'autres professionnels le font. Or, les « troubles » qu'ont y retrouvent sont en pleine croissance (en nombre), avec comme conséquence que les frontières entre eux sont difficiles à tracer. On y voit aussi apparaître des troubles qui ne sont en fait que la description de la timidité ou de l'adolescence, par exemple. Doit-on conclure que toutes les personnes timides et tous les adolescents sont des « malades mentaux »?

Le DSM est également soumis aux pressions politiques et économiques. Il faut savoir que l'on vote pour faire entrer des troubles dans le DSM (77 nouvelles entrées entre 1977 et 1994). À la suite d'un important lobbying des groupes de défense des droits des gais et lesbiennes, l'homosexualité est sortie du DSM. À la suite des pressions des vétérans américains de la guerre du Vietnam, le syndrome post-traumatique est entré. Les pressions des cie pharmaceutiques y font entrer des troubles... qui vont de pair avec les pilules qu'elles ont à vendre. M. Ouellet nous rappelle que le brevet d'un médicament est prolongé chaque fois qu'on « découvre » un nouveau trouble sur lequel il peut être « appliqué ». Cette pratique est la principale source de croissance des ventes de médicaments psychotropes actuellement.

Le médicament psychotrope est l'autre instrument de la psychiatrie utilisé pour « psychiatriser les problèmes sociaux ». La croissance du recours aux psychotropes est d'autant plus inquiétante que l'information pertinente, elle, est loin de se diffuser aussi rapidement. Ainsi, par exemple, peu de gens savent que les antidépresseurs sont inefficaces pour 70% des gens dit « dépressifs » et que 40% des schizophrènes ne répondent à aucun neuroleptique... Par contre, les effets secondaires, eux, sont très répandus.

Il faut aussi se rappeler que ce sont des médicaments conçus et testés sur des adultes. On ne peut connaître les effets secondaires sur les enfants à long terme. Quel sera leur futur? On connaît par contre les risque de passage à l'acte violent (suicide ou agression) chez les personnes qui prennent des antidépresseurs. On peut aussi supposer que l'on va créer l'habitude de régler tout problème par le médicament et l'inaptitude à faire face aux problèmes et à les régler. Il faut savoir que la plupart des psychotropes créent rapidement une dépendance (3 semaines), que les sevrages sont difficiles, et que bon nombre de médecins... ignorent tout ça!

Pour toute la société, c'est aussi des coûts élevés pour le système de santé, puisqu'on transpose sur le régime d'assurance médicament les sommes qui auraient pu être investies en ressources d'aide et de soutien.

Y a-t-il des solutions à la psychiatrisation des problèmes sociaux? Pour M. Ouellet, il s'agirait de s'attaquer réellement aux problèmes sociaux, et en premier lieu à la pauvreté, et non à ses effets. À solutionner le problème plutôt que de simplement le cacher sous une pilule.

Il va de soi, comme les autres avant lui l'ont dit, qu'il recommencer à financer des ressources humaines au lieu de l'assurance-médicament. Le soutien aux parents, le financement des ressources communautaires, l'accès à des thérapies humanistes (par la parole), les traitements globaux qui ne font appel aux médicaments, des salaires et des prestations d'aide-sociale qui sortent de la pauvreté et couvrent les besoins essentiels... tout ça devrait être prioritaire pour l'État dans le contexte actuel. Sortir de la pauvreté et reprendre du pouvoir sur sa vie sont les meilleures sources de « santé mentale ».

M. Ouellet nous présente enfin les grandes lignes d'une approche développée par le RRASMQ et divers collaborateurs, dont des médecins. Il s'agit de la **gestion autonome des médicaments (GAM)**. En 2003, toutes les ressources membres du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec ont été formées pour offrir du soutien aux personnes qui souhaitent s'engager dans la GAM. Elle consiste, pour la personne qui a recourt aux psychotropes, à réfléchir sur ses rapports « symboliques » avec le médicament et à reprendre du pouvoir sur sa vie, notamment par la diminution progressive de la dose prescrite jusqu'à sa « dose de confort » ou l'abandon complet.

La formation est toujours offerte. Un guide complet l'accompagne. Il existe aussi des résultats d'une recherche sur la GAM, sur ce qu'elle apporte du point de vue des personnes qui l'utilisent et les intervenants (médicaux, sociaux, communautaires) qui les soutiennent dans cette démarche. On mentionne que la GAM ne s'applique qu'aux utilisateurs de médicaments de type « psychotropes ».

Enfin, Jean-Nicolas Ouellet nous invite à « écouter la personne qui souffre, à aller avec elle vers la source de sa souffrance pour la regarder en face, puis à partir de là, d'identifier avec elle les moyens de reprendre du pouvoir sur sa vie.

## Discussion avec les participants et participantes

On se demande si l'une des solutions à ce problème (la psychiatrisation - médicalisation) serait de remettre aux seuls psychiatres le droit de poser des diagnostics.

Selon M. Lafortune, ça ne réglerait rien car le recours aux médicaments psychotropes est largement autonome des diagnostics. On cible maintenant les symptômes. Et puis, il y a une tendance plutôt inverse. Les psychologues, par exemple, veulent un droit de prescrire. Il y a une reconnaissance professionnelle très importante attachée au « droit de prescrire ».

M. Otero renchérit, disant que l'utilisation du DSM-IV hors des cabinets de psychiatres facilite l'ouverture plutôt que la restriction du geste de diagnostiquer et prescrire. Tout le monde peut écouter le patient, lire le DSM et poser un diagnostic.

Pour M. Ouellet, la vraie question, c'est d'utiliser les outils qui existent de la bonne façon; de respecter ce pour qui et pour quoi ils ont été conçus. Ce n'est pas du tout le cas, on l'a dit à maintes reprises. Il ajoute que des études démontrent que les médecins sont avares d'information sur les médicaments. Presque 60% du temps, lors d'une première prescription, ils ne parlent pas du médicament prescrit. Lors d'une deuxième consultation, pour le même médicament, il y a 90% de chance qu'il ne donne aucune information. Bref, les médecins prescrivent des médicaments sans informer le patient le moins du monde dans la majorité des cas. Il laisse le pharmacien s'occuper de ça, mais on aimerait bien savoir avant d'arriver avec la prescription à la pharmacie qu'elle est le produit et ses effets voulus et secondaires. D'où l'importance de prendre l'habitude de questionner un médecin.

Une autre personne demande comment faire confiance à un médecin, avec tout ce qui a été dit aujourd'hui.

M. Lafortune croit qu'il faut établir des liens de confiance avec un ou des médecins de référence, avec lesquels il est possible de dialoguer. Nous devons toujours demander au médecin quel suivi il recommande pour les jeunes à qui il prescrit un psychotrope. S'il en recommande un, c'est déjà bon signe. Il faut aussi que les intervenants qui accompagnent les jeunes se tiennent informés sur les psychotropes, les effets attendus et les effets secondaires. Il nous signale l'existence d'un document de référence rédigé par lui et des collègues pour les intervenants du Centre jeunesse de la Montérégie, une sorte de « Psychotropes pour les nuls ».

Un autre participant dit entendre le sentiment d'impuissance que ressentent des intervenants et intervenantes. Ils ont parfois cette impression de faire un bout positif avec les jeunes, mais qu'aussitôt ces derniers de retour dans leur famille ou à la vie autonome, ils retrouvent les mêmes « mauvaises » conditions de vie et les difficultés reviennent. Ça donne un peu cette image d'un poisson qui sort d'un lac pollué pour entrer dans un aquarium où il trouve un milieu sain (l'Auberge du cœur). Une fois en

meilleure forme, il replonge dans le lac pollué (l'environnement social). Et là, on peut finir par se demander à quoi ça sert tout ce travail avec les jeunes.

Il ajoute que la formation des travailleurs et travailleuses qui arrivent dans le réseau communautaire les prépare à voir des problèmes de santé mentale partout. Ça déjà été autrement. Par exemple, les premières personnes formées en travail social il y a 30 ou 40 ans voyaient des problèmes politiques partout. Ça faisait partie de leur formation. C'était peut-être excessif, mais ça correspond quand même aux années des grandes politiques sociales. Il faut trouver une sorte d'équilibre entre une formation qui permet un regard critique et des interventions tant sur le politique que sur la santé.

M. Lafortune appuie cette dernière intervention en constatant la même transformation dans la formation des criminologues. Il croit lui aussi qu'il serait souhaitable de réintégrer la dimension politique dans les formations universitaires, ici plus particulièrement en criminologie.

Par ailleurs, sur la question du rapport entre psychotrope et contrôle social, qui a été posée à quelques reprises ce matin, M. Lafortune nous apprend que les délinquants sont beaucoup moins soumis aux médicaments que les autres jeunes. On aurait pu s'attendre au contraire. S'il y avait une claire fonction de contrôle social, est-ce qu'il faudrait pas s'attendre au contraire? La question est lancée.

Enfin, M. Otero intervient pour en appeler à une réflexion plus proprement philosophique sur la souffrance. « La souffrance est un problème philosophique majeur. Elle fait partie de l'expérience humaine. Pourquoi souffrir? À quoi sert la souffrance? Quel est le rôle thérapeutique de la souffrance? » Autant de questions lancées que nous avons « reçues »...

## Ateliers d'échanges

*Les principales questions posées dans les ateliers (mais pas les seules...) étaient :*

*Qu'est-ce qu'on retient des présentations de ce matin?*

*Quels sont les effets de cette médicalisation dans nos pratiques, notre travail?*

*Quelles sont les actions possibles dans notre travail quotidien?*

Dans un des ateliers, on exprime cette impression que « c'est trop gros, trop puissant » pour qu'on puisse avoir du pouvoir sur la surmédicalisation des jeunes, sur la croissance du nombre de « maladies mentales » quasiment inventée, sur les fausses croyances véhiculées concernant l'efficacité des psychotropes, sur l'influence énorme de l'industrie pharmaceutique et de l'argent.

Toutefois, on retient comme positif notre capacité à questionner les pratiques en cours, les médicaments utilisés, les définitions des « maladies mentales », les diagnostics... et qu'il est justifié et légitime de le faire, compte tenu de notre rôle auprès des jeunes, de nos qualifications et de nos compétences. On reconnaît du même souffle notre devoir de s'informer afin d'animer notre « esprit critique » des faits les plus justes.

Dans un autre atelier, on exprime une certaine satisfaction à l'égard du choix des panélistes qui ont tous su se montrer nuancés. En ne brossant pas un tableau totalement noir ou totalement blanc du recours aux psychotropes, ils laissent de la place aux discussions, aux réflexions, à l'amélioration des pratiques.

D'autres, après les présentations du matin, se demandent si tous ces médicaments ne sont pas en grande partie une réponse au manque de ressources humaines. Cette hypothèse est revenue dans les propos des panélistes. Manque de ressources dans le réseau public de la Santé des Services Sociaux, de l'Éducation, de la Protection de la jeunesse et aussi dans les organismes communautaires.

Dans un autre atelier, on exprime aussi ce sentiment d'être dépassé par la taille du problème. On se sent comme David contre Goliath (note du rédacteur : David a gagné). Ce sont les Auberges du cœur contre la machine capitaliste (l'industrie pharmaceutique). Il y a un travail de sensibilisation à faire dans la société, mais on ne sait pas par où il faudrait commencer. On se sent aussi tout à coup coupable de référer un jeune à un médecin.

On se dit aussi inquiet de constater que l'on voit ces dangers depuis 10 ans et que rien n'a changé. L'individu disparaît derrière les molécules. Ça soulève une peur pour l'avenir. Si les pilules sont actuellement à la mode, comment sera la prochaine génération de parents médicalisés?

**Concernant les impacts sur l'intervention.** Le nombre de jeunes par maison prenant des médicaments varie beaucoup d'une maison à l'autre. Certaines maisons parlent de 2 à 3 jeunes en moyenne, certaines de 5 à 6. Le nombre de jeunes varie également selon les périodes. En ce moment, phénomène moins présent dans plusieurs maisons habituées à compter plusieurs jeunes sous médication. Quelqu'un s'interroge : est-ce qu'il y a moins de primes à la prescription en ce moment?

Certains médecins profitent du séjour en Auberge du cœur pour tester des posologies. Par conséquent, l'intervenant ne connaît pas vraiment la véritable personnalité du jeune. On perd parfois le sentiment de travailler avec les jeunes et il s'installe alors cette l'impression d'intervenir « sur » les effets secondaires des médicaments. Les Auberges mineurs n'y échappent pas. Au contraire, certaines institutions, notamment l'école, mettent de la pression sur les parents pour que les enfants prennent des psychotropes. Dans certaines écoles, ça devient une condition pour que l'enfant puisse poursuivre sa scolarité.

Certaines Auberges ont des rapports difficiles avec les médecins généralistes qui prescrivent souvent très rapidement et sans évaluation suffisante. Avec les psychiatres, cela dépend. Ça va du pire au meilleur. Aucune Auberge présente n'a d'entente formelle de fonctionnement avec hôpitaux ou médecins. Et encore, si les collaborations peuvent être bénéfiques pour les jeunes, il faudra porter une attention particulière au respect de la confidentialité. Est-ce que l'information que nous donnons, le jeune la donnerait lui?

On ne peut pas accompagner tous les jeunes qui vivent des difficultés avec les psychotropes et ont des troubles de santé mentale. Ils sont de plus en plus nombreux et passent rapidement.

Plusieurs soulignent que les gens ne peuvent plus vivre leurs émotions (peine, colère, joie, tristesse...). On encourage la fuite devant les difficultés de la vie. Tous les panélistes ont questionné ce phénomène ce matin. Les équipes de travail dans les Auberges l'observent presque quotidiennement.

D'autres soulèvent les défis particuliers que pose l'intervention auprès de jeunes qui justifient leurs comportements et leurs attitudes par leurs problèmes de santé mentale. Certains s'identifient à leur diagnostic et deviennent dépendant de leur prescription, sinon psychiquement, du moins physiquement. Et les interventions se compliquent lorsqu'on ne sait plus si on interagit avec le résidant ou avec les effets du médicament. On s'étonne que des jeunes puissent se valoriser dans la prise d'un médicament psychotrope. On s'étonne moins que des jeunes aient compris que, pour obtenir de l'aide dans le réseau public, il faut devenir un « cas grave ». C'est le mode d'entrée actuel.

On constate que le langage des médecins disqualifie le jeune qui le consulte et qu'il cherche aussi à écarter l'intervenant. Lorsqu'on prépare un jeune à rencontrer son médecin, on s'expose à des remarques de la part de ce dernier qui accepte mal qu'un intervenant vienne questionner ses pratiques. Un médecin a même conseillé à un jeune de « changer d'intervenante ».

Le recours à des ressources alternatives en santé mentale apparaît comme une solution trop facile. Elles aussi sont débordées. On fait face à beaucoup de dumping des différentes composantes du réseau de la santé et des services sociaux, et dans le même temps, on n'arrive pas à obtenir des informations et des références de ces derniers pour aider les résidants.

En plus, le réseau public, qui a plus de moyens, nous poussent les jeunes dont ils ne veulent ou ne peuvent prendre. Et on se retrouve alors avec nos moindres moyens à chercher à boucher les failles du réseau public. Qui plus est, le réseau se donne des critères stricts à n'en plus finir tandis que nous, on accepte tout le monde. Il y a quelque chose d'incohérent ou d'absurde là-dedans.

Il y a aussi une grande incohérence entre notre rôle d'intervenant qui vise l'autonomie et la responsabilisation des jeunes adultes, alors qu'on contrôle la gestion de leurs médicaments. On comprend bien que c'est pour éviter les mésusages (ex. posologie mal comprise, mélange avec l'alcool), mais quel message passe-t-on? L'image des jeunes qui font la file devant la pharmacie de l'Auberge pour recevoir leurs pilules revient plus d'une fois. Il y a une contradiction difficile à résoudre. On se sent alors comme assistant du médecin.

Il y a un paradoxe entre la tolérance « 0 » à l'égard des drogues que les jeunes consomment et l'ouverture beaucoup plus grande aux psychotropes. Il y a aussi un trafic de médicaments maintenant entre les jeunes.

Certaines questions ont été lancées dans un atelier et elles restent à creuser :

- Travaillons-nous trop sur les comportements?
- Est-ce que nous en venons à jouer un rôle de contrôle social?

**Pistes d'actions.** Conserver les aspects plus humains de notre intervention (le dialogue, la relation, le respect). Informer et questionner les jeunes sur leur situation. Former l'équipe d'intervenants sur cette réalité des jeunes. Soutenir la réflexion des jeunes en les accompagnant, en vulgarisant les informations et les faits, en l'aidant à se faire un coffre à outils. Maintenir l'approche globale, ce qui veut dire entre autres de ne pas aborder les jeunes d'abord par leur maladie... si tant est qu'il y en est vraiment une!

On parle aussi beaucoup de la nécessité de se former, de s'informer, de créer des réseaux de contacts avec de bons professionnels (médecins, pharmaciens, etc.). Mais où placer nos limites comme maison d'hébergement? Allons-nous, par la force des choses, nous transformer en ressources d'hébergement en santé mentale? Ne risque-t-on pas de devenir des « cliniciens » à notre tour? De perdre de vue le jeune comme personne vivant dans un environnement social pour adopter celui du malade?

Accepte-on d'être dérangé nous-mêmes dans nos milieux? Souvent on prend les décisions faciles. Remettre en question nos pratiques à petite échelle serait une bonne idée. Entre autres, il devient nécessaire de revenir à la défense des droits, d'analyser la situation à partir d'une lunette politique et non seulement psychologique. Il devient aussi nécessaire de s'autoriser un regard critique sur le phénomène globalement et sur

la réalité des jeunes que nous hébergeons (le diagnostic semble-t-il correspondre à ce que nous voyons au quotidien? la prescription est-elle adéquate? y a-t-il un suivi?). Notre regard actuel sur le phénomène est à remettre en question. Jusqu'à quel point ne sommes-nous pas nous-même une courroie de l'engrenage dans la façon dont nous abordons la gestion de la médication dans nos maisons? Par exemple, nous arrive-t-il d'exercer des pressions sur un jeune pour qu'il prenne sa médication telle que prescrite? Est-ce que ça ne rejoint pas parfois notre désir d'avoir un beau groupe, c'est-à-dire tranquille?

Avant de référer quelqu'un en santé mentale, on a du travail à faire avec le jeune. Jusqu'où on pourrait aller? Il faudrait arrêter notre démarche thérapeutique et remettre en question les étiquettes. Ne pas évacuer nos responsabilités (dans toute la société) sur une pilule. Peut-on ignorer les diagnostics? Il faut aller à la source. Le jeune a-t-il le trouble ou seulement des symptômes? Souvent, les « étiquettes » sont exagérées. Il faut se servir des évaluations (en santé mentale) pour évaluer nous-mêmes si on réfère le jeune ailleurs ou si on l'héberge.

On suggère d'exiger le respect des démarches reconnues pour poser des diagnostics en santé mentale et pour prescrire des psychotropes. On a entendu toute la matinée les panélistes nous dire combien les démarches recommandées par le Collège des médecins pour une ordonnance de Ritalin n'étaient respectées que 16% du temps. C'est grave. On suggère aussi que les médecins soient obligés de faire un suivi obligatoire avec le jeune et l'intervenant (avec l'accord libre et volontaire du jeune, évidemment).

La médicalisation profite à trop de monde. Il faudrait se réapproprier le pouvoir politique au service du peuple et non à n'importe qui. Le plus grand psychotrope, c'est l'argent. Il faut une révolution au niveau social. La médicalisation est un reflet de la société individualiste et capitaliste. Les conférenciers nous ont apporté de belles pistes de réflexions, de lecture, de formation. Le Comité Défense des droits n'est pas assez ou mal utilisé par les Auberges. SVP : arrêtons de constater et défendons! Pourquoi ne pas allez voir le problème à la source? Plus ça va, moins les gens sont habitués de faire des efforts. Alors on prend les moyens les plus faciles. « Tu me déranges. Prends une pilule. » D'autres reconnaissent l'importance de revendiquer... mais quoi? Qu'est-ce qu'on demande?

On souhaite que les Auberges du cœur contamine d'autres ressources avec leurs bons coups et établissent des partenariats avec elles.

On souhaite aussi que l'énergie et l'information que nous avons aujourd'hui en sortant de cette rencontre se propagent dans nos équipes, dans nos Auberges.

Il faut être capable comme intervenant d'accompagner les jeunes, d'être éclairé, de faire de l'éducation sur les médicaments. Il faut préparer les jeunes à rencontrer et questionner le médecin et le pharmacien. Il faut aussi s'assurer que les médecins généralistes (puisqu'ils qu'ils remplacent désormais les psy) s'informent et ne se contentent pas de dresser une liste des troubles et des médicaments qui y sont associés.

Tant qu'à rêver, pourquoi pas une Auberge bateau, pas de médecin, ni psychotrope. Ou encore, tout le monde à la campagne, prendre un break de la ville, moins de sollicitation de toutes sortes. Avec des animaux. Ou encore faire des activités tels que le yoga, le tai chi, arts martiaux, pour que les jeunes se centrent sur eux-mêmes.

Revient aussi souvent l'importance de créer des liens avec des personnes ressources (psy, pédopsychiatre, infirmière, pharmacien... De bons liens avec les spécialistes de la santé sont nécessaires pour que les prescriptions soient aussi l'objet d'un bon suivi. Ne pas oublier non plus les pratiques alternatives en médecine; développer avec elles des réseaux d'entraide. Et pourquoi pas des psychothérapeutes dans les Auberges?

Enfin, il faut les ressources nécessaires dans chacune des Auberges pour avoir le temps d'accompagner les jeunes de façon significative.

**Des enjeux pour les conditions de vie des jeunes.** Pour certains, la toxicomanie et les troubles de santé mentale des jeunes sont les symptômes de problèmes. Il y a une pression sur eux pour « entrer dans le moule ». Et puis, les jeunes ne sont plus capables de gérer leurs émotions et dans ce contexte, la pilule devient la béquille. On remarque ainsi qu'il y a une grande différence d'attitude des jeunes sous l'influence d'un médicament. Ils n'ont pas à faire face aux émotions vécues. Le gel des symptômes ne peut pas masquer le fait que les jeunes ne vont pas bien. Les inters sont impuissants devant eux. Dans un pareil contexte, jeunes et inters se sentent « insécures ».

Pour sortir de cette logique de médicalisation, les jeunes devront aussi se réapproprier leur vie, apprendre à faire face à l'existence telle qu'elle est vraiment, avec ce qu'elle comporte de désagréments, de limites à leurs désirs et de souffrances inévitables. Il sera aussi nécessaire pour eux de briser l'isolement dans lequel la médicalisation de leurs difficultés tend à les enfermer.

On souhaite qu'il y ait une discussion lors de l'activité du 12 avril prochain entre les jeunes et les inters sur certaines des questions soulevées aujourd'hui.

## Mot de la fin

*En conclusion, Marc Saint-Louis observe que, parmi les nombreux défis auxquels sont confrontés les Auberges du cœur, il y a certainement celui de faire en sorte que les jeunes qui en sortent aient pour assises identitaires autre chose qu'un diagnostic et une prescription.*

## Évaluation de la journée

Voir Annexe – Résultats de la compilation des évaluations