

Ritaline, concerta...: la vogue dangereuse des pilules de l'obéissance

Philippe Pignarre

Article publié en novembre 2006 dans l'ouvrage collectif : *Faut-il avoir peur de nos enfants ? Politiques sécuritaires et enfance* ; sous la direction de Gérard Neyrand ; éd. La Découverte.

La transformation de problèmes sociaux en problèmes médicaux ne peut pas se faire sans que nous soyons en alerte : comment s'opère cette transformation ? Quels mots, quels raisonnements sont-ils à mettre en œuvre ? Pourquoi des associations de parents ne peuvent-elles parfois y voir que la meilleure solution, voire la seule solution, à leurs problèmes ?

Aucune des lignes de résistance que la vieille psychologie a tenté de dresser face à cet envahissement n'a résisté. Rappelons d'abord que la pédopsychiatrie française est longtemps restée ancrée dans les références psychanalytiques et s'est tenue soigneusement à l'écart des pratiques devenues dominantes dans le reste du monde occidental. Jusqu'à présent, tout le monde la laissait tranquille. Alors que la fameuse Ritaline (utilisé pour traiter les troubles déficitaires de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant) était depuis longtemps largement prescrite aux Etats-Unis, elle a été un échec commercial en France. L'industrie pharmaceutique française a longtemps respecté cette particularité : comme de nombreux psychotropes ont été inventé par des équipes françaises, elle bénéficiait déjà d'autres marchés et le *statu quo* pouvait tenir. Une

autre raison tient à l'absence à peu près générale d'études cliniques en pédiatrie (en psychiatrie comme dans les autres domaines), ce qui rendait risqué la promotion des psychotropes existants chez l'enfant.

Tout a changé avec le déplacement du centre de gravité de l'invention des nouveaux psychotropes. Le dernier psychotrope mis au point par une équipe française est l'amisulpride à la fin des années 1980 (commercialisé sous le nom de Solian pas les laboratoires Delagrangé, désormais la propriété de Sanofi-Avantis). Depuis lors, la mise sur le marché du Prozac a été le signe le plus clair du déplacement des centres d'invention pharmaceutique vers les Etats-Unis.

Or les filiales françaises des grands groupes américains n'avaient pas les mêmes raisons ni les mêmes pudeurs que les entreprises pour attaquer ce nouveau "segment de marché" que sont les enfants et les adolescents. Les directions internationales de ces groupes n'ont aucune raison d'être sensibles à une particularité nationale qui correspond également à une certaine répartition des marchés (les adultes pour la psychiatrie médicamenteuse, les enfants pour les psychologues psychanalystes), alors que les nouvelles molécules se font de plus en plus rares. Dans le même temps, de nouvelles législations commençaient à rendre très intéressante la réalisation d'études cliniques chez l'enfant, en les récompensant par un allongement de la période de protection de la molécule concernée par le brevet.

L'hyperactivité (nous résumerons désormais sous ce mot le "trouble déficitaire de l'attention avec hyperkinésie") représente, après la schizophrénie et la dépression, la dernière phase de la conquête de la pédopsychiatrie. Il s'agit d'une pathologie encore plus mal définie que les deux précédentes et où la distinction entre le normal et le pathologique est en pleine évolution. Elle est également

en phase avec les grandes modifications qu'est en train de connaître le marketing des laboratoires pharmaceutiques : le déclin programmé de la visite médicale au profit d'un nouveau type de communication essentiellement tourné vers les patients.

Ce nouveau modèle de marketing est testé en France avec la Ritaline (et ses dérivés) dans l'hyperactivité infantile. Enseignants, parents, associations de patients sont mobilisés pour donner corps et faire vivre la nouvelle notion d'hyperactivité. Des matériels spécifiques (brochures, livres, bandes dessinés, films) leur sont destinés : à eux de repérer le trouble et d'orienter l'enfant, avec le diagnostic déjà fait, chez un médecin.

À première vue, la Ritaline et l'hyperactivité semblent sortir de nulle part : l'une comme l'autre sont sans histoire. Bien sûr, on peut s'efforcer de leur en forger une ; on peut toujours trouver dans la riche histoire de la psychopathologie un précurseur que l'on sortira pour l'occasion de l'oubli, mais on sent bien que c'est artificiel et sans importance. Ces deux "objets" n'ont pas eu chacun une maturation qui lui soit propre : ils ne naissent véritablement à la modernité que dans leur rencontre : ils ne se définissent que dans leur entre-définition. En atteste le fait que, entre 1990 et 1995, période où le trouble d'hyperactivité prenait tout son essor outre-atlantique, la prescription de Ritaline a été multipliée par 2,5 aux Etats-Unis, et pas 5 au Canada. C'est ce qui fait toute la différence avec une notion également vague comme la dyslexie, qui a longtemps occupé le devant de la scène des troubles psychologiques infantiles.

On n'a donc pas seulement affaire à une bataille de spécialistes. Comme le souligne un sociologue américain qui ne peut pas être soupçonné de complaisance pour l'industrie pharmaceutique : "L'approche médicale réussit souvent à rendre un enfant moins perturbateur à l'école et

peut l'aider dans son processus d'apprentissage. Souvent, les enfants aiment leur "pilule magique", qui leur permet d'avoir des comportements socialement plus acceptables, et ils peuvent tirer profit d'une moindre stigmatisation¹."

La preuve de l'efficacité réelle de la Ritaline (ou de la Concerta, autre médicament utilisé pour traiter l'hyperactivité) n'est-elle pas que les étudiants américains essaient de s'en procurer en contrebande pendant les périodes de révisions avant les examens ? Toutes les analyses qui n'intègrent pas cette dimension risquent de se révéler confinées au champs de la morale et de rester politiquement impuissantes.

Pour comprendre ce qui nous arrive avec la Ritaline, il apparaît indispensable de reprendre l'histoire récente de la psychiatrie, qui a connu un exemple réussi (et encourageant) de démedicalisation, concernant l'homosexualité, et un exemple de medicalisation, concernant la toxicomanie. Quelles en furent les conséquences ? Qu'avons-nous appris à cette occasion ? Il nous faudra aussi faire un détour pour comprendre le rôle général des médicaments psychotropes dans l'invention d'une psychiatrie moderne. On pourra ainsi imaginer des moyens efficaces pour mettre en cause les projets de l'industrie pharmaceutique concernant les enfants et les adolescents.

De la médicalisation à la démedicalisation

Pour pouvoir parler de "médicalisation", trois conditions doivent être simultanément remplies : premièrement, un comportement doit pouvoir changer de catégorie, être enlevé du champ auquel on avait l'habitude de le rattacher – par exemple un champ social – et réassigné dans le champ de la logique médicale ; deuxièmement, un ou des produits psychotropes doivent avoir montré un effet positif

sur ces comportements ; enfin, troisièmement, la gestion de ces produits doit pouvoir être confiée aux médecins, dans le cadre du monopole de la prescription.

Même si elle peut y être parfois réticente, la profession médicale ne fait généralement pas obstacle longtemps à la médicalisation de ses prérogatives. Et le corps médical, en particulier en France, a toujours été avide de prérogatives administratives qui renforcent son poids d'acteur politique incontournable². Pour les hommes politiques, de droite comme de gauche, il s'agit toujours d'une solution souhaitable car elle entraîne la disparition d'une question généralement difficile hors du champ du débat politique : elle est renvoyée à ce qu'on croit être la neutralité de l'expertise scientifique et les politiques pensent donc s'être débarrassés d'une "patate chaude" (ou ils font semblant de le croire). On a assisté ces dernières années à plusieurs exemples de médicalisation mais aussi de démedicalisation. Car il peut y avoir des allers et retours, par exemple quand la médecine se montre incompétente, ou quand les personnes concernées se montrent récalcitrantes, voire se révoltent. Il n'y a donc pas de fatalité à la "médicalisation" de questions sociales.

Le cas le plus connu de démedicalisation a concerné l'homosexualité. Il est intéressant car c'est sous la pression des activistes homosexuels que la démedicalisation a eu lieu aux Etats-Unis en 1980 puis dans le reste du monde occidental. Il est également intéressant, car il représente un cas hybride de médicalisation-psychologisation. En l'absence de produits psychotropes efficaces sur les comportements homosexuels (sauf à utiliser des substances chimiques castratrices, ce qui était tout de même considéré comme un peu trop radical !), la médicalisation ne pouvait que s'emboîter sur une psychologisation : il revenait aux psychanalystes ou aux comportementalistes (selon les goûts, les cultures, les pays) de s'occuper des

homosexuels. Contrairement à une légende dorée, les psychanalystes n'ont pas toujours été du bon côté. Il faut rappeler que c'est sur cette question précises que les psychanalystes américains ont perdu, en 1980, le contrôle de la puissante American Psychiatric Association (et certains psychanalystes, suivant le professeur Charles Socarides dans sa volonté de "soigner" les homosexuels, ont même préféré scissionner l'association après leur défaite qui accompagnera, parallèlement, le triomphe du DSM-III³).

Le cas inverse est celui de la toxicomanie. En France, la toxicomanie faisait partie du champ des problèmes sociaux et la gestion des toxicomanes relevaient essentiellement des psychologues, des travailleurs sociaux, et de prises en charge psychothérapeutiques. Le sida a entraîné une remise en cause de ce modèle, au grand désespoir des "spécialistes" qui ont perdu leur quasi-monopole avec l'arrivée des médecins psychiatres et généralistes, jusque-là réticents à prendre en charge les usagers de drogues illégales (qui faisaient souvent l'objet de troubles somatiques divers, dus d'avantage au caractère clandestin de leurs pratiques qu' à la dangerosité intrinsèque des produits eux-mêmes), y compris pour les maladies physiques dont ils souffraient. On se rappellera pour mémoire que, dans les années 1970, les centres de prise en charge des toxicomanes faisaient le plus souvent de l'engagement dans une procédure d'abstinence la condition pour une prise médicale complète. Ce qui était vécu à juste raison par les usagers comme un chantage pur et simple.

La "politique de réduction des risques" a permis une nouvelle orientation qui s'est accompagnée d'une médicalisation, notamment à travers la mise en disposition de produits de substitution comme la Méthadone ou le Subutex, que l'on ne peut obtenir que sur prescription médicale. Les pouvoirs publics ont fait semblant de croire que ces produits étaient fondamentalement différents de

l'héroïne pour tenter de concilier cette nouvelle politique avec le maintien de la politique de "guerre à la drogue" à laquelle ils sont restés accrochés pour des raisons démagogiques ou morales. Il fallait inventer des "héroïnes légales" pour assurer le succès de l'opération. Confier la gestion de ces produits au corps médical n'avait pourtant rien d'évident. Néanmoins, cette "médicalisation" a représenté un progrès certain pour de nombreux usagers de drogues illégales⁴.

Il faut noter qu'au cours des débats qui ont accompagné la bataille pour une politique de réduction des risques, la notion d' "art de la consommation" a été avancée par certains protagonistes⁵. Cette notion permet de penser la gestion de substances potentiellement difficiles à contrôler en dehors du modèle médical. Elle doit être envisagée comme une notion politique qui s'oppose de front à la politique de prohibition.

On peut considérer que la médicalisation n'est finalement que le résultat d'un échec dans la gestion de certaines substances. Quand les neuroscientifiques ont classé l'alcool en tête de liste des substances dangereuses (avant même l'héroïne), ils sont venus compliquer la tâche des partisans de la guerre à la drogue, l'alcool étant une substance qu'il est politiquement impossible de prohiber. Mais n'est-ce pas justement avec l'alcool que des arts de la consommation se sont développés dans des pays comme la France ? Et ces arts de la consommation ne sont-ils pas le meilleur rempart contre l'abus et la dépendance, sans être évidemment des garanties absolues ?

Quand des psychotropes réorganisent la psychiatrie

C'est l'existence de produits capables d'agir sur les com-

portements qui est le point de départ du processus de médicalisation et qui peut en assurer le succès durable. La médicalisation n'est qu'une conséquence de l'existence préalable de ces produits actifs. De ce point de vue, le trouble de déficit de l'attention n'est que l'ultime exemple de la manière dont la psychiatrie s'invente depuis 1952 (date de la mise sur le marché du premier psychotrope moderne, la chlorpromazine, à l'origine de tous les suivants). Des trois conditions de la médicalisation que nous avons mises en évidence précédemment, le deuxième point est donc absolument essentiel à l'existence d'un processus consolidé sur le long terme.

Il est impossible de comprendre autrement le mystère de l'épidémie de dépression, qui suit exactement la mise sur le marché de nouveaux antidépresseurs. Cela n'implique pas que la dépression soit une fausse maladie. Le sociologue David Karp (qui a lui-même vécu une expérience dépressive grave) a montré comment la médecine, une fois armée des antidépresseurs, pouvait donner un nouveau sens et capter cette expérience très particulière où dominant ce qu'il appelle les *inchoatives feelings* : un ensemble d'affects qui n'ont pas encore fait bloc, qui sont peu consolidés, et sur lesquels la personne concernée ne mettait pas de nom⁶. Souvent, la médicalisation est seulement un moment dans l'expérience des personnes quand celle-ci est étudiée sur la longue durée. Les personnes concernées pourront continuer à prendre des antidépresseurs mais elles apprendront, dans de nombreux cas, à ne pas se contenter de l'assignation médicale de leur expérience. Deux auteurs américains constatent même que, dans des cas de ce genre, "le concept médical obscurcit la diversité des problèmes et des expériences qui sont rassemblées sous le label d'un nom de maladie⁷".

Il ne s'agit donc plus de savoir si la dépression est une vraie ou une fausse maladie mais, de manière moins

essentialistes, de s'interroger pour savoir si la "dépression médicale" est la seule et unique bonne manière de saisir ce qui constitue une expérience ouverte à la diversité des appréhensions. Ce qui donne toute sa solidité à la notion de dépression médicale, c'est l'existence des antidépresseurs, c'est à dire de substances qui modifient le fonctionnement du cerveau et, selon la plupart des neurobiologistes, ont l'avantage de "masquer" l'épisode dépressif à défaut de le guérir.

N'est-ce pas cette puissance des psychotropes dont les psychiatres rendent compte eux-mêmes quand, dans plusieurs ouvrages de référence, ils écrivent que, finalement, la dépression c'est ce que soignent les antidépresseurs (même s'il ne faut pas oublier que c'est de manière inconstante) ?

Rien n'était venu ainsi consolider la médicalisation de l'homosexualité...Et c'est seulement l'existence de la Ritaline qui a rendu possible le diagnostic de déficit de l'attention.

Mais nous n'avons fait que la moitié du chemin pour comprendre la notion de déficit de l'attention et son possible succès. Comment les autres conditions ont-elles été réunies ?

Il est important de constater que la notion de déficit de l'attention renvoie à l'idée d'enfants difficiles à gérer par l'école et par les familles. D'où vient que la psychiatrie soit préoccupée, avant toute autre chose, de ces questions qui portent le nom de "réinsertion", de "stabilisation" ? D'où vient la hantise des patients "ingérables" ?

Pendant une longue période, la psychiatrie a souhaité garder le plus longtemps possible les malades mentaux dans ses asiles. C'est l'historien (et psychiatre) Georges Lantéri-Laura qui a magistralement démontré comment la notion de "chronicité" tirait sans succès, à partir des années 1880, de la nécessité de garder à l'hôpital les

malades peu atteints afin qu'ils en assurent la survie économique et aident au maintien des plus gravement atteints⁸. C'est seulement à la fin des années 1930 que ce modèle d'économie autarcique est devenu anachronique et s'est effondré. Tout s'est inversé. On a alors cherché, par tous les moyens, à faire sortir les malades mentaux des asiles pour les renvoyer dans leur famille.

L'épisode clef pour comprendre ce que va être la nouvelle psychiatrie de l'après-Seconde Guerre mondiale est celui des lobotomies. Le but de ces opérations neurochirurgicales est de diminuer la charge émotionnelle qui rend les patients ingérables. En sectionnant les fibres nerveuses entre le cortex et le reste du cerveau (on utilisera rapidement la méthode transorbitale qui peut être réalisée en ambulatoire, sans anesthésie) on "calme" les patients les plus agités. Même si c'est au prix d'effets épouvantables dont il est facile de ne pas tenir compte : il suffit de ne pas les mesurer...

Un fait important doit retenir ici notre attention : *il n'y a pas d'indication thérapeutique précise* pour les lobotomies massivement pratiquées à l'échelle mondiale après la guerre et qui vaudront, en 1949, le prix Nobel de médecine à Egas Moniz, leur promoteur, particulièrement admiré en France. Ce sont tous les patients "difficiles à gérer" qui sont de bons candidats. Certains iront jusqu'à prétendre que le refus de se laisser lobotomiser est une bonne indication ! Le seul critère de jugement pour tester l'efficacité de la méthode est de compter le nombre de patients qui peuvent rentrer chez eux. Leurs familles peuvent à nouveau les prendre en charge, même s'ils sont devenus par exemple incontinents et doivent être rééduqués dans leurs fonctions essentielles.

C'est cette nouvelle manière de *voir* les patients qui permet de comprendre comment une équipe de psychiatres de Sainte-Anne a saisi très vite l'intérêt de la chlorpromazine

qui deviendra le premier neuroleptique et le premier psychotrope moderne. Il permet de “calmer” les patients et de les renvoyer chez eux. Le laboratoire qui le commercialisera sous licence aux Etats-Unis le présentera même dans sa publicité comme permettant une “lobotomie chimique”.

Les psychanalystes ont longtemps vécu sur une illusion que l'épisode du trouble de déficit de l'attention chez l'enfant est en train de clore douloureusement : ce seraient les psychothérapies institutionnelles (inspirées par eux) qui auraient triomphé après la Seconde Guerre mondiale (et non pas les lobotomies) et qui auraient permis de vider les hôpitaux psychiatriques (et non pas les psychotropes à partir de 1952). Tout le monde a accepté cette légende dorée car elle permettait de masquer l'épisode honteux des lobotomies. Les psychanalystes ont alors pensé que leur succès en psychiatrie de ville (avec les névroses) allaient s'étendre à la psychiatrie asilaire.

Mais pendant que la cigale lacanienne chante et danse, la fourmi pharmaceutique travaille et accumule... Cette dernière est sortie des hôpitaux psychiatriques, d'abord avec les troubles du sommeil, les troubles de l'anxiété, puis les troubles dépressifs. Elle s'intéresse désormais au secteur qui était resté sous la responsabilité des psychologues d'orientation psychanalytique : les enfants et les adolescents.

Il n'y a pas eu de psychanalyse des psychoses. Il y a eu, en revanche, une médicalisation des névroses, désormais saisies, au moins partiellement sous la forme de troubles du comportement et susceptibles d'être traitées par les médicaments.

La progression de l'industrie pharmaceutique ressemble à un bulldozer. Il n'y a même pas besoin d'imaginer un “grand complot” pour comprendre le fonctionnement de la machine à inventer de nouveaux médicaments psychotropes. Les molécules synthétisées en nombre croissant

(de manière robotisée) sont testées sur des cibles biologiques (récepteurs cellulaires) identifiées grâce à l'action des anciens médicaments psychotropes déjà sur le marché. On cherche en priorité celles qui ont une action plus faible : des versions "light" des anciennes molécules. Elles pourront en effet être prescrites à un nombre plus important de patients potentiels, moins gravement atteints. C'est le pauvre secret des nouveaux neuroleptiques, des nouveaux antidépresseurs, des nouveaux hypnotiques (tous dits "de nouvelle génération" dans le babillage des services marketing).

S'il n'y pas de complot, il y a en revanche une machine qui devient folle et qui dispose de "petites mains", sans scrupule, à son service car elles comptent bien en tirer bénéfice⁹. Le rapport de l'INSERM sur les *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent* est un bon exemple de la bêtise universitaire quand elle se met au service de plus puissant qu'elle. Il s'agit purement et simplement d'une tentative pour justifier l'appartenance de tous les comportements dérangeants au domaine de la médecine. Dans leur enthousiasme, les "petites mains" y ont même intégré les "problèmes d'intégration sur le marché du travail" ou la destruction "des biens et du matériel de plus en plus coûteux et utile à leur communauté (vandalisme à grande échelle, incendie d'automobiles et d'écoles)¹⁰". Quant à la méthodologie de l'étude, elle est stupéfiante de naïveté : les auteurs se sont contentés d'ajouter tous les résultats des études existantes et de faire la moyenne ; sans jamais s'interroger sur les protocoles d'études qui donnaient des résultats aussi différents, parfois quasiment opposés (ainsi le rapport prétend que le taux d'enfants atteints de troubles mentaux est de 12,5% : il s'agit en fait de la moyenne obtenue entre des études qui donnent pour certaines un taux de 5% et pour d'autres de 25% !).

Le "pas de salut hors de la médicalisation" doit permettre

d'attirer budgets et subventions à ces équipes qui rendent ainsi service aux politiques déboussolés.

Médicalisation modérée ou ouverture du champ des possibilités ?

De nombreux médecins de tendance humaniste plaident pour une médicalisation modérée du trouble du déficit de l'attention et de l'ensemble des autres troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent : seuls les cas graves devraient être médicamentés. Il faudrait donc faire appel au sens de la responsabilité des médecins. Mais ceux-ci n'ont aucun moyen de définir et de respecter une frontière stable entre ce qui est grave et mérite d'être médicamenté, et le reste (pour la simple raison qu'elle n'existe objectivement pas). L'industrie pharmaceutique le sait bien qui propose toujours de commencer avec ce qu'elle appelle une "stratégie de niche" (pour un nombre limité de cas) avant d'étendre insensiblement le champ des prescriptions. Le problème est que les médecins n'ont pas, par définition même, d'autres choix que la médicalisation. Ils viennent ajouter à l'usage des psychotropes une aura médicale et scientifique qui rend tous les débats plus difficiles, les réduit à de la pédagogie où la médecine et la science savent tout et où les patients doivent tout apprendre. Ils créent des "consommateurs" passifs et non pas des "usagers" actifs.

C'est une des raisons pour lesquelles le psychiatre David Healy a plaidé pour que les psychotropes soient retirés du monopole de la prescription et mis en vente libre¹¹. Une autre possibilité serait de confier la "prescription" de certains produits à des collectifs (association de parents, collectifs d'enseignants et d'éducateurs), ce qui reviendrait à donner du pouvoir à des acteurs qui, par définition, auront

envie de trouver d'autres solutions et qui n'ont aucune raison de rester enfermés dans la seule prescription de produits psychotropes. On sait tous les débats et toutes les contradictions qui travaillent utilement ce type de collectifs quand il s'agit de discuter l'avenir administratif d'un enfant difficile. Il pourrait en être de même quant à l'usage des psychotropes du type Ritaline.

L'industrie pharmaceutique tente de mobiliser des associations de patients et d'enseignants pour qu'elles servent de "relais" à une prescription médicale élargie. En les faisant passer du stade de "relais" à celui de "décideurs", on pourrait compliquer la tâche des industriels du médicament à l'endroit précis où ils croyaient être forts.

Toutes ces solutions sont difficiles à imaginer et encore plus à expérimenter. On est pourtant dans l'urgence, car la "machine" à inventer de nouveaux produits agissant sur les comportements n'est pas près de ralentir le rythme de ses inventions. Ils nous appartient d'être "socialement" aussi inventifs qu'elle.

Notes :

1 : Peter CONRAD, "The Discovery of hyperkinesis : Notes on the medicalisation of deviant behavior", *Social Problems*, vol.23, n°1, octobre 1975, p.12-21.

2 : Jean PENEFF, *La France malade de ses médecins*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 2005.

3 : Le DSM (Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux) est un outil pour déterminer la pathologie mentale dont souffre un patient. Une première version a été élaborée en 1952 sous influence psychanalytique. Les grandes notions psychanalystes ont été écartées à partir de la version 3 adoptée en 1980 et dite athéorique. Le DSM est élaborée par l'Association américaine de psychiatrie après des milliers de réunions, par consensus (et parfois à la suite de votes). C'est devenu un outil de référence international. Cf. Start KIRK et Herb KUTCHINS, *Aimez-vous le DSM ? Le triomphe de la psychiatrie américaine*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1998, p.140.

4 : Anne COPEL, *Peut-on civiliser les drogues ?*, La Découverte, Paris, 2002.

5 : Isabelle STENGERS et Olivier RALET, *Drogues, le défi hollandais*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1991.

6 : David KARP, *Speaking of Sadness. Depression, Disconnection and the Meanings of Illness*, Oxford University Press, Oxford, 1996. Ce livre est superbement ignoré par tous les auteurs français qui parlent de la "sociologie de la dépression".

7 : Joanna MONCRIEFF et David COHEN, "Do Antidepressants Cure or Create Abnormal Brain States ?", *PLOS Medicine*, juin 2006. Cet article a été publié dans une excellente revue en ligne <http://medicine.plosjournals.org>

8 : Georges LANTERI-LAURA, *La Chronicité en psychiatrie*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 1997.

9 : La notion de “petites mains” a été développée dans Philippe PIGNARRE et Isabelle STENGERS, *La Sorcellerie capitaliste. Pratiques de désenvoûtement*, La Découverte, Paris, 2005.

10 : Expertise collective INSERM, *Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, op.cit.p.10-12.

11 : David HEALY, *Le Temps des antidépresseurs*, Les Empêcheurs de penser en rond, Paris, 2002.