



Frank Bellivier

ENTRETIEN JEAN LESIEUR
PHOTO MARC CHAUMEIL

« la stigmatisation
des maladies mentales
est insupportable »

Les limites de la connaissance sur le fonctionnement et les dysfonctionnements des organes du corps humain ne cessent de reculer. Mais le plus important de tous, le cerveau - avec ses cent milliards de neurones - continue de receler d'immenses mystères. **L'Organisation Mondiale de la Santé estime pourtant que, d'ici à 2020, les pathologies psychiatriques auront dépassé le cancer et les affections cardio-vasculaires comme causes de mortalité dans les pays développés. Et les experts considèrent qu'un Français sur cinq connaîtra dans sa vie un trouble de l'humeur majeur. En d'autres termes, une grave dépression.**

Directs ou indirects, les coûts pour la société en sont gigantesques. En outre, et même si les pathologies psychiatriques ne sont que très marginalement à la source de violences meurtrières, l'une d'elles - le suicide - est la première cause de mortalité des Français entre 15 et 35 ans. **Que sait-on aujourd'hui de ces pathologies, trop souvent reléguées dans une catégorie vague de troubles psychologiques, niées en tant que maladies biologiques ? La science, la société, l'État, s'en préoccupent-ils suffisamment ?** **Le Professeur Frank Bellivier, 49 ans, Chef des Services Universitaires de Psychiatrie et de Médecine Addictologique à l'Hôpital Lariboisière Fernand Widal à Paris, est considéré comme l'un des meilleurs psychiatres français.**

Cela fait vingt-cinq ans que vous suivez, que vous soignez, des malades psychiatriques, que vous participez à des recherches de pointe dans ce domaine. Quel message avez-vous envie de faire passer aujourd'hui ?

«Que nous avons affaire à des pathologies effrayantes. Effrayantes par le nombre de gens concernés par les maladies mentales. Je parle à la fois du point de vue de la société, à l'échelle de la population prise dans son ensemble mais aussi du point de vue de l'individu concerné, de son entourage qui, si j'ose dire, en prennent vraiment pour longtemps. Or la stigmatisation qui continue de dominer l'univers des maladies mentales est insupportable. Elle impacte tous les domaines de la vie, sociale, professionnelle, affective, elle handicape le travail de tous les gens concernés, elle ralentit le développement des associations d'usagers, qui remplissent une fonction fondamentale et qui ont besoin de soutien. D'ici quelques années, ces maladies tueront davantage que le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Et on n'y consacre que 2% des budgets de recherche. Contre 20% pour le cancer. C'est une conséquence directe de la stigmatisation. Or il est évident que les progrès pour les patients et leurs entourages viendront de la recherche. C'est ce qui s'est passé dans le domaine du Sida, des pathologies cardio-vasculaires, des cancers. Pour les patients comme pour leurs entourages, les progrès viennent et viendront de là. Et certaines recherches en psychiatrie sont enthousiasmantes.»

Quoi par exemple ?
Est-ce que l'on avance sur la connaissance de la dimension génétique des maladies mentales ?

« ON NE CONSACRE AUX MALADIES MENTALES QUE 2% DES BUDGETS DE RECHERCHE CONTRE 20% POUR LE CANCER. C'EST UNE CONSÉQUENCE DIRECTE DE LA STIGMATISATION »

«Faire la génétique du trouble bipolaire, ce serait comme faire la génétique de la fièvre. Ça ne servirait à rien. En psychiatrie, nous ne nous sommes jamais laissé aller aux rêves grandioses de certains chercheurs, il y a quelques années, sur la médecine prédictive. On allait faire la carte du génome de chacun et prédire ce qui allait lui arriver. Faire de la génétique pour prédire les maladies mentales, ça ne marchera jamais. On ne peut exclure l'existence d'un type de mutation génétique, notamment dans l'autisme. Mais cela concerne une minorité de cas. Les pathologies psychiatriques ne sont pas des maladies "génétiques" au sens où un gène se transmettrait de génération en génération pour déterminer la mala-

...

**« NOUS SOMMES
CONSTITUÉS
AVEC UN
TERREAU DE
VULNÉRABILITÉ.
MAIS AVEC
LE MÊME
PATRIMOINE
GÉNÉTIQUE,
ON RESTERA
TOUJOURS MINCE
AU RAJASTHAN,
ON DEVIENDRA
OBÈSE À
NEW YORK »**

die. Ce qui compte, pour nous, c'est la génétique de terrain. On n'est pas égaux face aux risques d'obésité, de diabète, de cancer, d'asthme, pathologies dans lesquelles il y a en effet des terrains prédisposés du fait de facteurs génétiques. De la même manière, il y a des terrains prédisposés à la dépression, la schizophrénie, le suicide, l'autisme. Nous sommes constitués avec un terreau de vulnérabilité. Mais avec le même patrimoine génétique, on restera toujours mince au Rajasthan, on deviendra obèse à New York. Dans les maladies mentales, il y a une constellation de gènes qui va rendre vulnérable. Mais le terme "génétique" entraîne l'inexorable, l'inéluctable, l'impuissance, le handicap lourd et fixé, qui laisse tout le monde démuni. On parle de "déterminisme" génétique. C'est malheureusement le cas dans la plupart des maladies génétiques mendéliennes⁽¹⁾: le gène a pour résultat sinistre la maladie. Mais la génétique de terrain, c'est exactement le contraire, une source d'espoir fantastique. C'est un outil d'investigation, un moyen de comprendre quels systèmes biologiques sont en jeu dans la maladie. Pas seulement les chromosomes de l'individu; mais comment ils interagissent avec l'environnement et les facteurs intervenus pendant le développement. »

Donnez-moi un exemple.

« On sait que les traumatismes de l'enfance favorisent l'apparition de maladies mentales à l'âge adulte. Or on a trouvé un gène que l'on a beaucoup étudié parce qu'il joue un rôle dans la maladie et dans l'action des anti-dépresseurs. Eh bien, le risque de développer une dépression à l'âge adulte lorsqu'on a subi des traumatismes dans l'enfance n'est augmenté que lorsqu'on est porteur d'une certaine forme de ce gène allèle, dit "à risque". Ceux qui ont été exposés à des traumas dans l'enfance mais ne portent pas cet allèle ne voient pas leur risque de dépression augmenté à l'âge adulte. Ce modèle d'interaction entre la consti-

tution d'un sujet et son environnement est adaptable à l'ensemble des pathologies psychiatriques. Elles apparaissent dès lors comme des maladies multifactorielles complexes qui font intervenir des facteurs génétiques, des facteurs liés au développement et des facteurs environnementaux. Chacun de ces facteurs de risque n'étant ni nécessaire, ni suffisant. En psychiatrie, la génétique est très utile dans ce domaine-là mais elle ne permettra jamais de prédire quoi que ce soit. Elle permet juste d'évaluer la vulnérabilité d'un sujet. On sait que les malades schizophrènes et ceux atteints de troubles bipolaires partagent une vulnérabilité génétique et biologique. Mais pourquoi devient-on l'un ou l'autre? La génétique ne nous l'explique pas. »

Vous êtes considéré comme le meilleur spécialiste français du suicide. Est-ce une maladie mentale? Une maladie héréditaire à dimension génétique? Un « accident de la vie », comme on dit ?

« Là encore, le modèle que je viens de vous décrire s'applique parfaitement. Oui, il est clairement démontré qu'il existe des facteurs de vulnérabilité génétique au suicide. Ces facteurs vont rencontrer d'autres facteurs de risque – stress durant le développement, maladie mentale, perte d'un être cher, addiction... – pour faire le lit d'idées puis de gestes, suicidaires. Oui, c'est une maladie mentale, qui plus est très fréquente (en France: un mort toutes les quarante minutes, une tentative toutes les quarante secondes), qui fait atrocement souffrir un nombre considérable de personnes. Avec une peine supplémentaire, si j'ose dire: la stigmatisation des conduites suicidaires contribue à isoler les êtres concernés. Ceux-ci restent clandestins avec leurs idées sinistres et cachées. Cela constitue un risque supplémentaire de passage à l'acte. »

Marisol Touraine, Ministre de la Santé, a annoncé la création d'un « Observatoire des Suicides », une instance officielle dans laquelle vont siéger 51 représentants d'institutions chargés d'étudier tous les aspects, sociétaux et psychiques, de ce fléau. Considérez-vous cela comme le signe d'une mobilisation effective et prometteuse des pouvoirs publics ou bien d'une nouvelle illustration du vieil adage selon lequel « quand on veut enterrer un problème, on crée une commission » ?

« Mais non c'est une bonne initiative. De toutes les façons, je ne crois pas que l'on puisse "enterrer" le problème du suicide. Le plan d'action qui en découlera dépendra du dynamisme des membres de cet observatoire. Enfin, l'approche multidisciplinaire est louable car elle contribuera à décloisonner les approches. »

Les médias ne parlent des maladies mentales qu'à l'occasion de faits divers tragiquement spectaculaires: une tuerie dans un cinéma ou une école aux États-Unis, un schizophrène qui pousse un passant devant un métro...

« L'effet grossissant et déformant donné à ces événements par les médias est sûrement inévitable mais tout à fait insupportable. Savez-vous combien il y a de meurtres en France chaque année? Entre 800 et 900. Connaissez-

(1) Gregor Mendel (1822-1884), prêtre autrichien passionné de génétique, a donné son nom à l'étude de la transmission des caractères héréditaires.



« VOUS, LES JOURNALISTES, METTEZ-VOUS BIEN UNE CHOSE DANS LA TÊTE : LES MALADES MENTAUX NE SONT PAS DES GENS DANGEREUX »

...
vous le pourcentage de ces meurtres, des viols, des troubles graves, répréhensibles pénalement, commis par des malades mentaux ? 0,4%. Vous, les journalistes, mettez-vous bien une chose dans la tête : les malades mentaux ne sont pas des gens dangereux. »

Mais le tueur du cinéma d'Aurora dans le Colorado – 12 morts à la projection du film *Batman* –, celui de l'école de Newtown

(26 morts dont 20 enfants dans le Connecticut, juste avant Noël 2012), le sergent américain Robert Bales qui s'en va massacrer de sang-froid 16 villageois afghans un samedi soir et rentre tranquillement à sa base, ce sont des gens atteints d'une pathologie mentale ?

«Attribuer ces actes à une maladie mentale permet surtout de ne pas s'interroger sur les facteurs, essentiellement individuels, qui ont

pu être à l'oeuvre. Une approche rationnelle de telles barbaries est difficile. Cette irrationalité renvoie à la psychiatrie mais il n'est pas certain que tous les auteurs de ces horreurs soient reconnus "malades mentaux". Il y a parfois des comportements crépusculaires, des moments de pseudo-conscience, fugaces, exceptionnels, épouvantables, d'onirisme délirant mais qui n'entrent pas dans la catégorie des maladies mentales diagnostiquées parce que les comportements des patients répondent à un certain nombre de critères. La tuerie de masse n'est pas un de ces critères observés.»

1964 NAISSANCE À VERSAILLES.

1996 DIPLÔMÉ DE MÉDECINE à l'université de Paris-René Descartes.

1996-98 Poste d'Accueil INSERM Hôpital Pitié Salpêtrière.

1999 DOCTORAT EN NEUROSCIENCES à l'université de Paris-René Descartes.

2002 HABILITATION à diriger des recherches. Groupe de recherche sur les facteurs de vulnérabilités génétiques dans les troubles bipolaires.

2006 PROFESSEUR des Universités.

2012 CHEF DU SERVICE de Psychiatrie adulte et du service de médecine addictologique de l'hôpital Fernand Widal. Centres experts bipolaire et dépression résistante de la fondation FondaMental.

2013 CRÉATION D'UNE NOUVELLE UNITÉ DE RECHERCHE INSERM en neuropharmacologie des troubles de l'humeur et des addictions.

...

Mais le schizophrène qui entend des voix lui disant d'aller tuer père et mère, ou un voisin, ou un passant, c'est bien sa maladie mentale qui est la cause de son meurtre, non ?

«Oui, bien sûr. Mais encore une fois, ces cas-là sont epsiloniens et ne sont ni statistiquement, ni scientifiquement constitutifs d'une phénoménologie. Le problème avec le cerveau, c'est que nous avons affaire à un organe extrêmement compliqué à investiguer, qui n'est pas accessible. Voilà pourquoi la prédiction est impossible. Par exemple, les victimes du fameux PTSD, le *Post traumatic stress disorder*, on ne peut les observer qu'une fois qu'ils ont dévissé. Votre sergent d'Afghanistan, par exemple, pour tirer des conclusions utiles de son cas, il aurait fallu pouvoir lui faire une IRM et un *screening* sanguin avant, pendant, après son éventuel trauma pour expliquer éventuellement son moment de "folie". Les cas extrêmes que vous citez ne sont que des cas particuliers. Quelle leçons phénoménologiques et scientifiques peut-on en tirer? Aucune.»

Le système judiciaire met cependant de plus en plus en avant, ou en cause, la dimension de la maladie mentale et de son traitement dans quelques-unes de ses décisions. Que pensez-vous par exemple de la récente condamnation de votre consœur à un an de prison avec sursis, à Marseille, pour complicité de meurtre? Elle avait sous-estimé la dangerosité d'un de ses patients, qu'elle avait jugé apte à quitter l'hôpital.

« AUJOURD'HUI, LA RÉSINE DE CANNABIS EST ENTRE DIX ET VINGT FOIS PLUS CONCENTRÉE QU'AVANT. FUMER DU CANNABIS AVANT 18 ANS MULTIPLIE DE QUATRE À SEPT LE RISQUE DE DEVENIR SCHIZOPHRÈNE »

«Une parenthèse, avant de répondre à votre question. Certains malades ayant commis des actes répréhensibles, parfois graves, et jugés irresponsables peuvent bénéficier d'une confrontation avec la justice. Attention: je ne dis pas qu'il faut les mettre en prison. Il y a beaucoup trop de malades mentaux en prison, sans accès aux soins. Mais quand ils commettent un délit, ils doivent gérer ce qui s'est passé. Les priver de cette confrontation avec la justice des hommes, c'est parfois les priver d'une épreuve de réalité utile. Ne serait-ce que parce qu'ils ont des souvenirs de ce qui s'est passé, parfois partiels; mais ils en ont.

L'épreuve de la réalité, la rencontre avec cet élément très structurant de la société qui s'appelle la justice sont, pour les malades, des éléments de maintien dans la société des hommes. Ils sont fous, nos patients mais ils ne sont pas bêtes. Ils peuvent évidemment bénéficier de circonstances atténuantes. Mais la justice doit en dire quelque chose.»

Doit-elle condamner les médecins qui commettent, éventuellement, des erreurs d'appréciation sur la dangerosité d'un malade qui passe à l'acte ?

«C'est très compliqué. Comme je vous l'ai dit, il est impossible de prévoir le passage à l'acte. Le risque d'une dérive sécuritaire totalement inutile et même franchement contre-productive n'est donc pas négligeable. Imaginez des médecins qui, de peur d'être mis en cause puis condamnés, maintiennent les malades à l'hôpital. Cela va retentir sur la qualité des soins. Car une fois la phase aiguë de la pathologie passée, une partie fondamentale de la prise en charge, de la réhabilitation, doit se dérouler à l'extérieur de l'hôpital, de retour dans le milieu naturel. Si le patient est maintenu à l'hôpital, ce travail ne pourra pas se faire.»

Les addictions doivent-elles être considérées comme des maladies mentales ?

«Bien sûr. Mais pas au sens de toutes ces âneries que l'on peut entendre sur la fragilité supposée de l'être, la faillite de sa volonté. Exemple: l'alcool. Tout le monde a rencontré l'alcool. Mais il va y avoir ceux qui vont développer une trajectoire avec le produit et ceux qui pourront s'en passer. Quelle est la vulnérabilité de chacun? Quel est l'effet du produit sur le cerveau de ceux qui ne vont pas pouvoir

s'en passer? Quel est le processus d'impression d'une action toxique sur le cerveau qui rend accro, qui entraîne la perte du contrôle? Nous travaillons sur le fonctionnement de ce mécanisme: nous trouvons des bio-marqueurs, des traces de vulnérabilité génétique; nous progressons sur la manière dont l'alcool stimule ce que nous appelons les systèmes de récompenses.»

C'est quoi, les systèmes de récompenses ?

«Les réseaux cérébraux qui sont en charge de traiter les informations liées à cette sensation agréable que procure l'alcool, et parfois le corollaire tragique de ce plaisir: la perte du contrôle. Pourquoi le couplage entre les systèmes de récompenses et les systèmes de contrôle se maintient-il chez certains et se perd-il chez d'autres?»

L'air du temps semble redevenir favorable à une certaine tolérance envers le cannabis. Que pense le psychiatre de cette mode ?

«Beaucoup de mal. Et là encore, on répand des tissus d'âneries sur le sujet. Une bonne chose, d'abord: la consommation semble rester stable. Mais ce qui a beaucoup changé, c'est le produit, qui n'a rien à voir avec ce que nos parents fumaient, occasionnellement ou pas. Aujourd'hui, la résine de cannabis est entre dix et vingt fois plus concentrée qu'avant. Fumer du cannabis avant 18 ans multiplie de quatre à sept le risque de devenir schizophrène. On n'insistera jamais assez sur ce qu'est un cerveau en maturation. L'adolescent subit une inondation hormonale au sein de laquelle les neurones s'organisent entre eux. L'impact de toute substance ou de tout processus extérieur sur un cerveau en

...



...

maturation peut être terrible. Vous connaissez les expériences sur les paupières de chatons cousues, au début du siècle? Vous cousez leurs paupières puis vous les découpez avant l'âge de trois mois. Les chatons verront. Si vous les découpez après l'âge de trois mois, ils ne verront jamais. La maturation cérébrale, c'est pareil. Il faut rencontrer les bons facteurs au bon moment pour acquérir la fonction. Il y a des fenêtres spécifiques de développement pour chacune de ces fonctions. Et c'est l'interaction entre le cerveau et son environnement qui est au centre de nos attentions.»

L'alcool a-t-il le même effet que le cannabis sur un cerveau en maturation?

«Non. Ses effets ne sont pas très bons mais il ne semble pas y avoir de conséquences sur le risque de psychose. En revanche, le lien de l'alcool avec le trouble bipolaire est flagrant. Et double: il y a un impact du trouble bipolaire sur la consommation et un impact de la consommation sur le trouble.»

N'y aurait-il pas une mode du trouble bipolaire, expression passe-partout qui recouvrirait un spectre extrêmement large d'affections plus ou moins graves?

«J'entends beaucoup ça en effet. C'est n'importe quoi. Il y a eu un changement de terminologie. Avant, on parlait de maladie maniaco-dépressive puis de psychose maniaco-dépressive. Or il ne s'agit ni d'une maladie – qui définit une affection homogène – ni de psychose. Mais les critères de diagnostics sont carrés et objectifs: il s'agit d'une alternance de périodes de dépression, d'euphorie, et de stabilité. On est loin du phénomène de mode.»

« QUAND JE RESSUSCITAIS UN MALADE AVEC DES ÉLECTRODES SUR LE COEUR, J'ÉTAIS UN HÉROS. QUAND JE METS LES ÉLECTRODES SUR LE CERVEAU, JE SUIS UN NAZILLON. MAIS CROYEZ-MOI, LES RÉSULTATS SONT LÀ »

Comment soigne-t-on les patients?

«L'objectif, c'est de stabiliser l'humeur pour mettre durablement les patients à l'abri de ces rechutes qui désorganisent tous les domaines de la vie. Notre problème est que nous avons des taux importants de patients qui ne répondent pas aux traitements. Plus précisément, nous ne savons pas dire qui va répondre à quoi. En outre, il y a des effets secondaires importants que nous ne savons pas bien prédire non plus. Nous sommes donc à la recherche de bio-marqueurs qui permettraient de déployer une médecine personnalisée pour

mieux adapter nos stratégies en fonction de quelle molécule va marcher sur quel patient, et de qui va prendre 20 kilos, qui va développer un diabète, une affection cardio-vasculaire...»

Mais tous les médicaments ont des effets secondaires.

«C'est ce que disent les vieux psychiatres: un bon médicament fait des dégâts collatéraux, acceptent-ils. Je ne veux plus entendre cela. L'offre de soins en psychiatrie n'est pas suffisamment personnalisée. L'interaction entre la pathologie mentale et la vulnérabilité métabolique du patient doit devenir une préoccupation fondamentale de la psychiatrie d'aujourd'hui.»

Les électrochocs font-ils toujours partie de votre panoplie de traitements?

«Bien sûr et ça marche très bien. C'est une technique de référence, extrêmement efficace et mieux tolérée que les médicaments. Je sais bien que cela a mauvaise presse, que l'on met cette pratique dans le même sac que la torture, une horreur psychiatrique. Mais quand j'étais urgentiste, quand je ressuscitais un malade avec des électrodes sur le coeur, j'étais un héros. Quand je mets les électrodes sur le cerveau, je suis un nazillon. Mais croyez-moi, les résultats sont là. Quand un patient arrive à l'hôpital en état mélancolique, avec une dénutrition et des idées suicidaires telles que, même à l'hôpital il n'est pas en sécurité, va-t-on le laisser souffrir pendant les quinze jours qu'il faut pour que les anti-dépresseurs produisent un effet dont on n'est pas certain lorsqu'on l'introduit? On va le regarder se taper la tête contre les murs? Aux patients et aux familles réticentes, je dis de se documenter. La plupart sont vite convaincus.»

À l'occasion de la récente convention de l'énorme association américaine NAMI (National Alliance on Mental Illness), le psychiatre réputé Robert Whitaker a fait sensation en mettant en cause l'efficacité des médicaments quels qu'ils soient dans le traitement des maladies mentales. Est-ce une attitude totalement irresponsable ou l'expression d'une tendance grandissante dans la psychiatrie d'aujourd'hui?

«Je pense qu'une telle position va à l'encontre d'évidences scientifiques bien établies. De plus, cela brouille le discours et contribue à entretenir une certaine confusion dans la perception de la psychiatrie par le grand public.»

Crise et austérité obligent: partout, les chercheurs crient misère et cherchent dorénavant autant des fonds que des remèdes. Dans quel état financier est la recherche psychiatrique en France? Et des fonds privés viennent-ils à la rescousse? Sont-ils, seraient-ils, les bienvenus?

«Les temps sont durs, évidemment. Raison de plus pour se réjouir d'une vraie dynamique qui se crée en France et qui fait que le partenariat entre les scientifiques et les industriels, marche de mieux en mieux. La loi d'autonomie des universités a beaucoup changé la donne. En bien. Et le rôle des associations et des fondations se développe. Il faut les encourager et les soutenir. Prenez la Fondation *FondaMental*, un réseau de coopération scientifique sur

...



...

la schizophrénie, les troubles bipolaires et l'autisme de haut niveau. Elle associe le public, le privé et les usagers, c'est-à-dire les malades et leurs entourages. C'est ainsi que l'on peut créer des centres experts qui diagnostiquent, soignent, forment, informent. Cela dit, bien entendu, en regard de l'importance du problème que posent les maladies mentales, les moyens qui nous sont alloués sont dérisoires.»

L'Institut du Cerveau et de la Moelle épinière, lancé à grands renforts de publicité, de *people* comme Luc Besson et Michael Schumacher et de chercheurs et mécènes prestigieux, est-il un bon exemple de ce qu'il faut faire en la matière?

«Oui, c'est une très belle réussite. Ils ont bien et beaucoup communiqué, donc ils ont eu de l'argent, donc ils développent beaucoup de choses en neurologie et c'est super. Ce qu'ils lancent comme actions est fantastique.»

Mais... ?

«Mais les enjeux humains, sociaux, économiques, autour des maladies neurologiques – Alzheimer par exemple – n'ont aucune commune mesure par rapport à ceux posés par les maladies psychiatriques. Je le répète haut et fort: les maladies psychiatriques sont au premier rang des grands fléaux du siècle. Où notre société veut-elle mettre les priorités? Loin de moi l'idée de dénigrer quoi que ce soit ni de vouloir supprimer tous les fonds consacrés à Alzheimer. Mais qu'est-ce que ça produit, tous les milliards que l'on y consacre? Moins de maltraitance, des filières de soins humanisées et, bien sûr, je m'en réjouis. Ce que l'on gagne sur Alzheimer, bravo, super. C'est admirable d'aider les seniors à mieux

vieillir. Mais imaginez ce que l'on gagnerait si l'on empêchait les gens de 30 ans de se suicider.»

La France a longtemps été en retard dans sa manière de traiter, d'exclure de la société, les hommes, les femmes, les ados, les enfants qui ont besoin de vous et de vos confrères. La maladie mentale est-elle toujours une maladie honteuse en France?

«C'est de moins en moins le cas. Mais la stigmatisation reste réelle. Vous connaissez les affiches dans le métro de New York: si vous avez des idées suicidaires, appelez tel ou tel numéro. Ici, ça ferait peur. On continue à penser que les maladies psychiatriques sont des maladies à part. Est-ce qu'on demande à un cardiologue si une attaque cardiaque est une maladie comme les autres?»

Oui mais le coeur est un organe, une pompe, dont on connaît à peu près le fonctionnement et les dysfonctionnements. Le cerveau, non. Vous reconnaissez vous-même que vous ne savez pas trop comment et pourquoi les médicaments que vous prescrivez marchent ou pas.

«Vous voulez rire? Nous souffrons certes du caractère plus récent de nos connaissances physio-pathologiques sur le cerveau. Et beaucoup de questions scientifiques demeurent. Mais il n'y a aucun doute sur le fait que le

**« C'EST
ADMIRABLE
D'AIDER
LES SENIORS
À MIEUX VIEILLIR.
MAIS IMAGINEZ
CE QUE L'ON
GAGNERAIT
SI L'ON EMPÊCHAIT
LES GENS DE 30 ANS
DE SE SUICIDER »**

dysfonctionnement se passe dans le cerveau, qu'il y a des boucles qui ne fonctionnent plus dans cet organe, qu'il y a une rupture par rapport à un processus physiologique qui serait normal. Nous ne sommes pas dans le continuum entre le normal et le pathologique, dans une espèce floue de mal-être plus ou moins psychologique. La maladie mentale est une maladie grave comme les autres maladies graves. Ce n'est pas un état d'âme.»

Pourquoi ne les considérons-nous pas comme telles?

«Parce que les psychiatres ont trop longtemps tenu des discours abscons qui ne pénètrent guère les esprits. Parce qu'en France, en Europe du Sud en réalité, les préjugés dans ce domaine sont difficiles à faire bouger.»

...

« ON VOUDRAIT NOUS ENTRAÎNER SUR LE TERRAIN OÙ LE CERVEAU NE SERAIT PAS UN ORGANE COMME LES AUTRES, SUSCEPTIBLE D'ÊTRE MALADE COMME LES AUTRES »

Des relents d'influence et de culture catholiques?

«En partie seulement. L'Église a toujours condamné le suicide comme une faute morale, alors que c'est le symptôme d'une maladie. Mais on peut aller très loin dans l'analyse de la place du malade mental dans la société. Moi, j'ai toujours été très impressionné par les thèses du philosophe René Girard sur le bouc émissaire comme facteur de stabilisation des groupes sociaux. Les sociétés se sont humanisées. Au fil des siècles, nous avons élaboré un système qui nous permet d'être moins cruels. Mais le fou fait toujours peur. Sa fonction de victime facile, de bouc émissaire à exclure, est toujours là. Pourtant, si l'on savait qu'avant d'être bipolaire ou schizophrène, le fou était brillant, musicien, à l'ÉNA, entrepreneur... Il faut que les gens sachent cela. Mais les gens sont ignorants. La culture américaine grand public produit des œuvres qui ne caricaturent pas la maladie mentale: *A Beautiful Mind* (Un Homme d'Exception), le film sur John Nash, Prix Nobel d'économie et schizophrène; *Le Soliste*, avec Jamie Fox, sur un violoncelliste de la Juilliard School devenu schizophrène et SDF, etc. La France nous donne *Augustine*, où l'on nous présente une malade hystérique qui guérit par miracle sous l'influence quasi magique d'un Charcot-Vincent Lindon présenté comme une espèce de gourou amoureux et ridicule.»

Pourquoi n'est-on pas capable de faire comme les Américains dans ce registre-là?

«Là aussi, je crois que les choses évoluent lentement. Mais c'est vrai que les Français n'ont pas une idée très claire de ce qui affecte nos patients. Nous sommes encore en proie à d'âpres luttes idéologiques d'un autre âge entre une vision psychologique et une vision biologique de la maladie mentale. Or il n'y a aucune

incompatibilité entre le cerveau organe biologique et le cerveau éponge, interface entre l'intérieur et l'extérieur. On voudrait nous entraîner sur le terrain où le cerveau ne serait pas un organe comme les autres, susceptible d'être malade comme les autres organes. C'est pour cela que la recherche est capitale: elle me permet de vous montrer la différence entre un cerveau d'un schizophrène qui va bien et un autre qui va mal. Malheureusement, de même qu'il y a encore des scientifiques qui contestent les effets du réchauffement climatique, il y a trop de médecins qui contestent toujours l'approche chimio-thérapeutique, pharmacologique, biologique, dans les maladies mentales. C'est consternant.»

Dans tous les pays où il a été publié, et en particulier la France et la Grande-Bretagne, le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), la bible des psychiatres, a déclenché des controverses sans fin sur ce qui serait une pathologisation excessive de troubles de l'humeur jusqu'ici considérés comme non symptomatiques de maladies. Les sociétés contemporaines ont-elles trop tendance à transformer leurs citoyens en malades?

«Cette affaire est très paradoxale car l'épidémiologie nous enseigne, comme nous l'avons vu plus haut, des taux importants de sous-diagnostic ou de retard diagnostique et de prise en charge pour (à peu près) toutes les pathologies mentales. La définition d'une critères diagnostique (en l'absence de critère de validité externe, c'est-à-dire de test diagnostique fiable) est, par essence, critiquable. Tout dépend de l'utilisation qu'on en fait.»

Y a-t-il des thérapies ou des éléments de thérapie, non chimiques qui soient prometteurs ou même déjà efficaces, dans le traitement des maladies mentales?

«Oui. Elles se développent beaucoup. La théorie comportementale cognitive par exemple, qui vise à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des comportements en adéquation avec la réalité, est efficace. Les patients mieux informés sur leurs pathologies, plus participatifs, vont mieux. Avec le développement de la pharmacopée, nous nous dotons d'une boîte à outils, qui est en train de se sophistiquer.»

Et la psychanalyse, ça peut servir?

«On n'en sait rien. Pour une raison très simple: la psychanalyse a toujours refusé tout processus d'évaluation. C'est le contraire de la démarche scientifique. On aimerait savoir. Mais on n'en sait rien.»

À LIRE, À VOIR, À ÉCOUTER

DES LIVRES

La maladie bipolaire expliquée aux souffrants et aux proches, docteur Raphaël Giachetti, Odile Jacob

Moi, Manon, bipolaire, de l'enfer à mon chemin de liberté, Manon Corvoisier, éditions Salvator

Vivre avec un maniaco-dépressif, Christian Gay, Fayard

Vivre avec des hauts et des bas, Christian Gay, éditions Psychologie

J'ai dû chevaucher la tempête - Les tribulations d'un bipolaire, Christian Gay et Yann Leyma, La Martinière

Imparfait, libres, et heureux - Pratique de l'estime de soi, Christophe André, Odile Jacob

La peur des autres, Christophe André, Odile Jacob

De l'exaltation à la dépression, confessions d'un psychiatre maniaco-dépressif, Kay Redfield Jamieson, Robert Laffont

Un cerveau d'exception de la schizophrénie au Nobel, la vie singulière de John Nash, Sylvia Nasar, Calmann-Lévy

The center cannot hold, Elyn R. Sachs (non traduit)

VIDÉO

Plusieurs interventions du professeur Bellivier sont à retrouver sur le site du Collège de France www.canal-u.tv/video/canal_u_medecine

