

Aux Etats-Unis, un adolescent sur dix a souffert de dépression en 2004



Rapportée par l'agence de presse Reuters, l'information est d'importance, qui nous en dit long sur l'état de la société américaine: près d'un adolescent américain sur dix a connu un grave épisode dépressif au cours de l'année 2004 et moins de la moitié de ces jeunes ont été pris en charge. Telles sont les principales conclusions d'une étude gouvernementale publiée à Washington dans les derniers jours de 2005. D'après ce rapport de l'Administration des services d'abus de psychotropes et de santé mentale (SAMHSA) quelque 2,2 millions d'adolescents, soit 9% des adolescents américains ont connu un état dépressif en 2004.

Plus précisément 12% des jeunes âgés de 16-17 ans ont connu une dépression, une proportion qui est de 5% chez les 12-13 ans et de 9% chez les 14-15 ans. «Ces données doivent sonner le réveil des parents. La santé mentale est une part importante de la santé générale et du bien-être de leurs enfants» a déclaré à cette occasion Char-

les Curie, responsable de la SAMHSA.

«La vraie tragédie, comme le souligne ce rapport, est qu'il y a toujours autant de jeunes personnes qui ne reçoivent pas les soins appropriés et efficaces dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit» estime le Pr David Fassler, spécialiste de psychiatrie à l'université de Vermont. La prise en charge de ces jeunes est devenue un sujet de controverse aux Etats-Unis après la publication début 2004 d'un rapport de la Food and Drug Administration américaine selon lequel la consommation d'antidépresseurs était, chez les adolescents, associée à une augmentation du risque de suicide. Le rapport de la SAMHSA établit que les adolescents déprimés sont deux fois plus enclins que les autres à consommer des substances psychotropes. Près de 30% d'entre eux consomment régulièrement de l'alcool (contre 17% pour les non-déprimés), 23% fument des cigarettes (contre 11%) et 21% consomment de la drogue (contre 10%).

Constat voisin sur l'autre rive de l'Atlantique: un nombre record d'enfants

britanniques ont dû être hospitalisés en 2004 à la suite de problèmes liés à l'alcool selon des chiffres communiqués par le parti libéral démocrate, actuellement dans l'opposition. Près de 5000 mineurs ont été ainsi admis pour ces problèmes dans les services d'urgence, soit une augmentation de 15% depuis 1997. Ajoutons aussi que le service de la santé britannique observe parallèlement une augmentation de 30% d'adultes – soit 35 740 personnes en 1996-97 contre 46 299 en 2004-05 – qui ont été admis dans les services hospitaliers pour des problèmes d'alcoolisme. En dépit de la croissance du phénomène de *binge drinking* (*Revue Médicale Suisse* du 21 décembre 2005), la Grande-Bretagne a modifié en novembre sa réglementation des débits de boisson permettant dorénavant aux pubs de rester ouverts après 23 h 00.

Jean-Yves Nau

CARTE BLANCHE

Le prix d'une rencontre

Pascal Couchepin a supprimé la couverture par l'assurance de base de certains soins de réhabilitation au sens large. L'argument est simple: l'efficacité de ces pratiques n'est pas démontrée. Cela est parfaitement vrai au sens des sciences naturelles, mais leur effet certain au vu des sciences humaines. Les changements induits par les psychothérapies et les soins de réhabilitation sont évidents pour tous ceux qui ont vécu une rencontre au sens fort du terme et dont le modèle le plus agréable (hors de la médecine) est l'état amoureux. La relation thérapeutique intersubjective est une rencontre à l'opposé de «l'Evidence-based medicine» qui se veut indépendante des personnes et se croit scientifique pour cette raison.



Dr Christian Danthe
Médecine générale
61, rue de l'Ancienne poste
1337 Vallorbe
cdanthe@worldcom.ch

La relation intersubjective soulage mais peut aussi aggraver le devenir d'un sujet. Elle a donc un effet certain. Les toxicomanies, les évolutions marginales, les conduites à risque, les accidents répétés, la perte de sens, les abus chirurgicaux relèvent de cette approche où il est essentiel de considérer la part de liberté du sujet souffrant. L'art consiste à percevoir et à respecter cette liberté comme ressource pour la guérison. Institutionnaliser la confusion du sujet et de sa maladie est une erreur invalidante.

Chacun perçoit le malaise qu'il peut y avoir à faire payer un processus intersubjectif non mesurable et abusivement travesti à l'aide de termes empruntés aux sciences dures. Le malaise grandit pour des traitements sans garantie d'effet favorable. Le malaise s'accroît lorsqu'on prend conscience de la dérive possible vers plus de dépendance. Le malaise culmine enfin sur un point essentiel: les résultats dépendent pour une très large part de l'effet du couple thérapeute-patient comme d'une unité fonctionnelle dont le travail est totalement confidentiel et donc non contrôlable par un tiers.

Comment sortir de la logique de l'expansion des plaintes? Comment sou-

lager la souffrance sans exposer les personnes à plus de contrôle extérieur de leur sphère intime? Une orientation plus participative du patient est salvatrice. Elle fermera la porte aux intrus. Cette médecine sera meilleure, plus réaliste et plus efficace aussi par le sortilège de l'économie de moyens.

On ne peut prétendre à une médecine globale et amputer le patient de ses responsabilités financière et sociale (car il coûte aux autres)! Il est trompeur de prétendre faire place à l'autre en lui évitant une contribution en argent et en déregulant le déficit d'un système de mutualité. Médecine à deux vitesses? Oui, si l'on compare les vitesses de guérison lorsque le patient contribue au paiement de son traitement et actionne lui-même le frein.

Une patiente à qui je soumettais cet avis m'a dit: «C'est après une prise en charge psychiatrique majeure couverte par mon assurance que j'ai acquis assez d'estime de moi pour m'offrir ensuite, à mes frais, une psychothérapie». Question de degré: jusqu'où ne pas aller trop loin!

C. D.